

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

FOVILLE

Inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés

ET

RITTI

Médecin de la maison nationale de Charenton.

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME SEPTIÈME

QUARANTE-SIXIÈME ANNÉE

90152

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1888



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Directeurs ou Directeurs-Médecins ?

La loi de 1838 dit, dans son article 2 : Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique. Mais elle ne dit pas par qui sera exercée cette direction ; le terrain était peu connu et elle semble se réserver à cet égard. Ce n'est qu'à l'article 8 qu'apparaît le titre de directeur, mais elle ne l'applique qu'à la personne dirigeant un établissement privé. En ce qui concerne les établissements publics, il n'est question que de *chefs*, sans titre déterminé, et de préposés responsables quand il s'agit des quartiers d'hospices.

Il n'y avait alors que très peu d'établissements spéciaux ; presque tous renfermaient toutes les misères humaines. Ceux qui étaient reconnus comme propriétés départementales n'étaient que des hospices généraux, des dépôts de mendicité, maisons de force, de correc-

tion, et suivant qu'ils étaient administrés, dirigés ou seulement surveillés, leurs chefs portaient des titres non moins divers : directeur, économe, gérant, surveillant ou même géolier.

Le régime inauguré par la loi nouvelle était l'inconnu et on ne pouvait improviser un personnel qui n'existait pas, ou n'était représenté que par de rares individualités. La plupart des chefs existants durent donc être maintenus à la tête des établissements, avec le titre de directeur, qu'on donna également aux nouveaux élus appelés à remplacer les anciens chefs qu'on ne pouvait conserver. On ne pensa guère à donner ce titre à des médecins, et si quelques-uns l'obtinrent, ils furent peu nombreux.

Le nouveau service fit peu de progrès ; si l'on savait ce qu'on voulait, on ne savait trop ce qu'on pouvait, car les obstacles ne manquaient pas. Jusqu'en 1852, il y eut des questions de propriété à trancher et des recherches à faire, pour trouver le moyen de mettre fin à la promiscuité qui existait dans les établissements, qui devaient désormais n'être affectés qu'aux aliénés seuls.

Malgré tout, sans qu'elle cessât d'être difficile, on commença bientôt à mieux connaître la route et dix-huit mois après la promulgation de la loi, le 18 décembre 1839, parut une ordonnance royale qui jalonna cette route, que l'on suit encore.

L'article 1^{er} de cette ordonnance consacra le titre de directeur administratif, et l'article 6 indigna les attributions générales des fonctionnaires qui en seraient investis.

Le directeur, dit cet article 6, est chargé de l'*administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus*.

L'article suivant définit et précise les détails dont l'exécution incombe à la fonction.

Mais le ministre qui signa cette ordonnance, savait déjà, si courte que fût encore l'expérience ou la pratique, que cette fonction de directeur n'était point ce qu'il y avait de plus rationnel pour le service d'un asile d'aliénés. Il n'avait donc fait qu'obéir à une nécessité que lui imposait l'absence d'un personnel suffisant et spécial. C'est de toute évidence ; car dans un document officiel qui accompagna ou suivit l'envoi aux préfets, de l'ordonnance, il disait : « Si dans les asiles consa-
« crés aux affections mentales, il était possible de
« réunir dans les mêmes mains les attributions de direc-
« teur et de médecin, il n'est pas douteux qu'il n'en
« résultât plus d'unité et d'ensemble dans la direction
« de ces maisons ; plus d'harmonie et d'appropriation
« dans les détails de tous les services.

« Dans les grands établissements, cette réunion est
« difficile, parce que des fonctions trop nombreuses
« excéderaient les forces d'un homme, quels que fus-
« sent son zèle et sa capacité. Mais partout où l'étendue
« des maisons et l'importance du service administratif
« et du service médical le permettront, il est à désirer
« que cette réunion soit effectuée. »

Ce sont là les motifs qui ont dicté l'article 13 de l'ordonnance, en vertu duquel le ministre pourra toujours autoriser et même ordonner d'office la réunion des fonctions de directeur et de médecin. Le ministre reconnaissait donc bien que le directeur administratif n'était pas un rouage nécessaire, mais plutôt un *impedimentum*.

Ce qu'il était déjà, ce rouage, il n'a jamais cessé de l'être. L'article 6 dit qu'il administrera et gérera....; plus logique que la rédaction de cet article, il a traduit plus exactement le mot *directeur* par : *celui qui dirige* et, comme partout, celui qui dirige est le maître, sinon le seul chef; le chef supérieur..., il a voulu l'être, quoique généralement incompetent, par le fait même de ses ori-

gines ; car, alors et aujourd'hui encore à peu près et toujours, il est veu de partout, excepté du service ; plus tard, les décrets de 1852 vinrent le confirmer dans sa prétention, en ordonnant qu'il continuerait à être nommé par le ministre, tandis que le médecin en chef le serait par le préfet.

Cette fonction si délicate fut donc la proie de gens qui n'en avaient jamais eu aucune ou qui n'en avaient plus, une monnaie courante des faveurs ministérielles ; c'est ainsi que l'on vit, sans justification d'aptitude, des journalistes, des imprimeurs, d'anciens militaires, d'anciens commerçants et autres, des politiciens besogneux par exemple, devenir directeurs.

Le plus souvent, le directeur a bien plutôt entravé que fait progresser l'asile ; inerte, il n'améliorait rien ; entreprenant, il faisait ou provoquait des améliorations qui n'en étaient pas et que, dans plus d'un asile, on peut regretter encore.

Il serait superflu de redire aujourd'hui toutes les querelles qu'il a suscitées, le temps qu'il a perdu et fait perdre au médecin ; l'un et l'autre s'accusant et étant obligés de se défendre tour à tour auprès de l'autorité départementale qui, trop souvent, sur la foi de ce titre de directeur, jugeait en faveur de celui qui le portait ; décourageant ainsi l'adversaire qui, plus d'une fois, n'eut d'autre tort que celui de n'être que médecin.

A qui me trouverait trop sévère dans mes appréciations, je réponds d'avance : je les adoucis pourtant beaucoup. Mais tout en les maintenant, ce ne sont pas les hommes que j'attaque, c'est l'institution et je ne commettrai point l'injustice d'oublier qu'il s'est rencontré d'heureuses exceptions ; que, parmi les directeurs, quelques-uns se sont, malgré les difficultés, mis à la hauteur de la situation et ont su faire regretter que leurs pareils fussent rares.

Il faut bien dire aussi, à la décharge des directeurs, que si leur incompétence peut avoir une grande part dans les difficultés de tous les jours, l'institution elle-même en recèle de plus nombreuses encore. Cela est si vrai, que des médecins ayant été quelquefois nommés directeurs seulement, c'est-à-dire sans emploi médical, l'ensemble du service n'en était guère amélioré. Si les inconvénients étaient moins graves sur quelques points, l'antagonisme inné des situations ne cessait pas d'exister.

N'a-t-on pas commis une grave erreur, dès qu'il a été possible de faire autrement, en voulant faire vivre ensemble, en bonne harmonie, des hommes qui ne parlent pas, ne doivent pas parler la même langue; dont l'un ne parle que budget et l'autre guérison ou bien-être de ses malades, ayant ainsi deux buts différents qui s'excluent presque l'un l'autre?

Les administrations locales ont elles-mêmes poussé plus d'un directeur dans cette voie, en pesant leurs services au poids des bonis obtenus en fin d'exercice.

Tout dans un asile peut, entre directeur et médecin, devenir un *casus belli*. En droit, le directeur et le médecin sont hiérarchiquement égaux, mais non en fait; toujours le directeur a le pas sur le médecin.

Les attributions de l'un et de l'autre ont été définies et précisées; on l'a cru du moins, et il n'est pas un acte de l'un qui ne puisse contrecarrer les décisions ou les intentions de l'autre.

Renaudin, qui fut un médecin aliéniste distingué et un habile administrateur, qui remplit successivement l'une et l'autre fonction et toutes les deux à la fois, n'a jamais pu, après sa longue expérience, admettre le directeur administratif que comme une nécessité temporaire de début.

« Jamais, dit-il, on n'a pu défluir la limite entre la

« police générale, qui appartient au directeur et la
 « police médicale, qui appartient au médecin ; presque
 « toujours elles se confondent et cette confusion nuit à
 « l'une ou à l'autre autorité. Des ordres donnés par le
 « directeur peuvent se trouver en désaccord avec des
 « indications médicales qu'il n'a pu prévoir et les agents
 « inférieurs se trouvent alors placés entre deux con-
 « signes contradictoires ; qu'ils exécutent l'une ou l'autre,
 « ils s'exposent à une révocation. »

Il serait bien long d'énumérer toutes les occasions, toutes les causes de dissentiments, il n'est même pas possible de les prévoir toutes. Mais « tous ces dissentiments aboutissent à l'autorité supérieure et l'embarrassent souvent ; donner tort au directeur (ce qui est rare), c'est compromettre le principe d'autorité ; sacrifier le médecin, c'est compromettre le traitement et méconnaître, une fois de plus, le caractère essentiellement médical de l'institution. Dans tous les cas, c'est lutte et désordre. »

Bien avant Renandin, Falret père avait dit : *J'ai beau chercher la part du directeur, je ne rencontre que celle du médecin.*

Et avant tous les deux, Esquirol avait écrit : « Dans
 « une maison d'aliénés, il ne doit y avoir qu'un chef, de
 « qui tout doit ressortir : le médecin. La division des
 « pouvoirs est pleine d'inconvénients ; l'esprit de l'aliéné
 « s'égare, ne sait qui écouter ; la confiance s'établit
 « difficilement entre lui et le médecin. Chez les subal-
 « ternes, les gens de service, l'esprit d'indépendance
 « trouve des faux-fuyants contre l'obéissance, lorsque
 « l'autorité est divisée. »

Les années écoulées, en s'accumulant, n'ont rien changé à ces appréciations qui s'imposent, qui sont toujours les mêmes, aujourd'hui comme il y a cinquante ans.

Le document ministériel, dont j'ai reproduit un passage, se serait trompé, s'il avait dit que la réunion des fonctions est impossible dans les grands asiles ; il a dit *difficile*, il ne s'est donc trompé qu'à demi.

Il est aisé de se convaincre qu'il n'y a ni impossibilité, ni difficulté ; car, si malgré le conseil donné par le ministre de 1839, on voit encore des asiles dont le peu d'importance relative autorise à se demander pourquoi ils sont administrés par un simple directeur, il y a aussi, maintenant, un très grand asile qui est administré et dirigé par un directeur-médecin.

Marche-t-il plus mal que ses congénères gratifiés d'un directeur administratif ? Non, assurément, personne ne saurait le prétendre ; mais la charge est lourde.

La loi de 1838, ou plutôt l'ordonnance de 1839 a, ainsi que je l'ai dit plus haut, posé comme principe la direction administrative et, à titre d'exception, la réunion des fonctions administratives et médicales. La loi nouvelle, encore à l'état de projet, mais déjà votée par le Sénat, retourne l'exception ; son article 5 dit : les asiles publics sont administrés sous l'autorité du Ministre de l'intérieur et des Préfets des départements, par un *médecin-directeur* responsable.

C'est un progrès. Mais on ajoute bien vite : toutefois, le ministre peut, sur l'avis du comité supérieur des aliénés, ordonner la disjonction des fonctions de médecin en chef et de directeur ; le progrès peut donc disparaître sous la restriction. On paraît ainsi admettre encore qu'il y a des asiles qui ne pourront se passer d'un directeur administratif.

On veut unifier, centraliser le service à son sommet, ce qui est aussi juste que nécessaire, et à la base, on laisse la porte ouverte à la division ! S'il y a une raison à cela, elle ne semble pas très logique.

Si ce qui précède ne suffit pas à affirmer la raison

contraire, on aurait pu trouver une affirmation plus décisive encore, dans ce qui existe partout ailleurs. Car, ce n'est qu'en France qu'on a imaginé le directeur; pas une nation ne l'avait, ou ne l'a créé depuis la réorganisation de son service d'aliénés.

En Angleterre même, où un Comité, dit Comité des visiteurs, possède le droit d'administration des asiles, cette administration et la direction, quelle que soit l'importance de l'établissement, sont de fait presque toujours confiées à un *Medical-superintendent*, titre qui n'est que la traduction de directeur-médecin.

Quelques-uns de ces comités veulent, il est vrai, agir par eux-mêmes, mais leur intervention justifie ce que j'ai dit des asiles français, où deux autorités sont en présence. L'un des auteurs les plus compétents qui aient écrit sur les établissements hospitaliers de l'Angleterre, déclare : « Que c'est précisément dans les asiles où la direction est partagée, que l'administration laisse le plus à désirer et aurait été l'occasion d'abus plus ou moins scandaleux. » (Oppert. 1883. — Rapport de Foville 1884.)

Il me paraît donc bien établi que, dans un asile d'aliénés, tous les services ne sont chacun qu'une partie d'un même tout; que, pour fonctionner régulièrement, chacune de ces parties doit recevoir l'impulsion première d'un seul et unique moteur, toujours le même.

N'en est-il pas de même dans toutes les administrations?

Il ne serait point exagéré de comparer un asile à un vaisseau de guerre qui, lui aussi, est un tout spécial constitué par une foule de détails organiques et fonctionnels; il n'y a qu'un commandant cependant et tout acte, tout mouvement n'émane que de lui seul. Que deviendrait le navire s'il avait deux commandants, l'un pouvant ordonner de gouverner au nord et l'autre de

gouverner au sud ; ou même si le commissaire du bord qui est, lui aussi, comme le directeur d'asile, un représentant de l'administration, y était un commandant administratif ? Telle est pourtant, très à peu près, la situation faite aux asiles d'aliénés.

Pour les petits asiles et ceux de moyenne importance, je reconnais que si la question n'est pas absolument résolue, elle est bien près de l'être. Mais il n'en est pas de même pour les grands établissements ; on hésite et on n'en est encore qu'à un timide essai.

Tout à côté des questions principales touchant l'existence des asiles, il en est une autre, à laquelle on n'a pas, jusqu'ici, accordé l'attention à laquelle il est permis de trouver qu'elle a droit. Ne semble-t-il pas rationnel, en effet, de penser que plus un établissement *spécial* a d'importance, plus le chef qui représente sa *spécialité* devrait avoir de prestige ; cette spécialité étant ici médicale, c'est donc le médecin qui devrait être en possession de ce prestige, basé, d'ailleurs, sur une notoriété indiscutable, acquise par l'âge et l'expérience ?

Est-ce ce qui existe ? Non ; je dirais volontiers : c'est le contraire.

Pour le public et même pour l'autorité, l'homme en vue, le chef, c'est le directeur. Tout d'abord, parce qu'il est le directeur et ensuite parce que, à moins de conditions exceptionnellement rares, les médecins qui acceptent les fonctions médicales dans un asile dirigé par un directeur administratif, ne sont, assez généralement, que des hommes jeunes, des débutants, qui n'inspirent au public qu'une confiance relative et ne peuvent jouir près des autorités que d'un crédit plus relatif encore.

Elles ne manquent cependant pas, les occasions dans lesquelles il serait nécessaire que le médecin d'un asile,

et surtout d'un grand asile, fût tout à la fois hautement considéré et influent dans les choses de sa spécialité.

Si les grands asiles ont encore des directeurs administratifs, c'est qu'on n'ose pas renoncer à l'idée émise par le ministre de 1839, disant : que des fonctions trop nombreuses excéderaient les forces d'un homme.

Cette idée, en général, juste au fond, ne l'est pourtant pas ici ; ce n'est point le service purement administratif, la gestion des biens, qui peuvent établir une notable différence entre le service d'un grand et celui d'un petit asile. Est-ce qu'un grand département a deux préfets ? les sous-préfets seuls sont plus nombreux ; c'est, comme l'a dit encore Renaudin, affaire d'état-major ; et il peut en être ainsi pour un asile, tout aussi bien que pour un département.

Le titre de directeur *responsable* n'est pas même d'accord avec les bases principales des attributions que lui confère l'article 6 de l'ordonnance de 1839 ; le directeur, dit cet article, est chargé de *l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion de ses biens et revenus*.

Le titre de surveillant général ou de régisseur lui conviendrait donc mieux, si, à ses attributions premières, on n'en avait, dans des articles suivants, ajouté beaucoup parmi lesquelles c'est en vain qu'on cherche la compétence.

Après beaucoup d'autres, plus autorisés, j'ai dit : que la direction d'un asile d'aliénés n'appartient logiquement qu'à un médecin aliéniste. Non moins justement, on peut dire : qu'elle ne devrait pas être donnée à un directeur seulement administratif et *responsable*. Car la fonction lui impose la responsabilité de faits et d'actes qu'il ne peut pas toujours faire exécuter ou empêcher. Il ne serait pas difficile de citer et de multiplier les

exemples de son impuissance et, rouage encombrant, de réduire à peu de chose son effet utile.

Bien qu'Herbert Spencer et quelques autres philosophes affirment comme une vérité acquise, que tout individu est le reflet de la société dans laquelle il vit ; que tout homme finit par devenir semblable, au point de vue *mental*, à ceux qui l'entourent, je me garderai bien de prétendre, comme un simple journaliste, qu'en vivant avec des aliénés, on devient fatalement aliéné. Mais il n'en est pas moins vrai que c'est une triste existence que celle du médecin d'asile, isolé souvent au milieu de la campagne.

De même que dans l'alimentation du corps, la variété est nécessaire dans l'alimentation de l'esprit. Avoir toujours l'esprit tendu sur les obscurités de la psychologie normale et morbide, ne saurait être un bon régime pour lui ; pas même pour le corps, en raison de l'influence du moral sur le physique. Cela est si vrai, que je n'ai pas souvenir de beaucoup de médecins d'asiles ayant atteint une grande vieillesse.

C'est toujours une pénible vie que celle d'un médecin, mais celle du médecin d'asile, par son isolement et son uniformité, l'enporte de beaucoup en tristesses et mauvaise hygiène de l'esprit et du corps.

En réunissant le service administratif et le service médical, c'est donc un repos relatif qu'on donne à l'esprit du médecin, une variété obligée autant que nécessaire qu'on apporte à son régime intellectuel.

Je n'entends pas par là qu'on la lui imposera comme une surcharge ; dans les petits asiles, cette surcharge ne saurait exister, mais il en serait autrement dans les grands, si le médecin-directeur devait y être soumis à la rigoureuse observation de l'article 60 du règlement, qui dit : *le médecin en chef doit visiter tous les jours les aliénés de toutes classes et de toutes catégories.*

Dans les grands asiles, il est difficile d'observer cette prescription, même quand le médecin en chef n'est pas en même temps directeur. Ou la visite ne se fait pas tout entière en temps opportun, ou elle est trop rapide, par conséquent mal faite ; pour faire mieux, il faudrait trop retarder les distributions.

Il n'est d'ailleurs pas bon, à aucun point de vue, pas plus pour le malade que pour lui-même, que le médecin ait à visiter un trop grand nombre de malades ; l'attention toujours soutenue a des limites.

Pour remédier aux inconvénients du nombre, on agit comme si l'article 60 du règlement n'existait pas. Le médecin en chef, directeur ou non, charge l'adjoint, ou les adjoints, de telles ou telles divisions, en se réservant les autres ; ou bien il alterne avec lui, ou avec eux, tous les deux ou trois jours.

Ce système n'est pas moins mauvais qu'irrégulier ; mauvais au point de vue de la thérapeutique proprement dite, et mauvais encore à celui de l'effet moral si nécessaire du médecin sur le malade.

On me dira peut-être, en lisant ces lignes : vous voyez donc bien qu'un médecin-directeur ne saurait suffire au fardeau de la double fonction.

Je ne le nie point, puisque je dis : que médecin en chef seulement, il lui est déjà bien difficile de suffire, dans la mesure convenable et nécessaire, au service d'un grand asile ; s'il veut le faire toujours, tous les jours, dans les conditions prescrites par l'article 60 du règlement.

Convaincu que rien ne doit se faire irrégulièrement dans un asile, que la régularité en tout est une des conditions essentielles de l'utilité des asiles, ce que je demande, c'est de régulariser ce qui se fait irrégulièrement et de faire sortir de cette régularité une organisation meilleure, *adéquâté*, si je puis ainsi dire, à l'organisme qu'il s'agit d'actionner.

Dans un rapport sur le service des aliénés de la Seine, présenté au conseil général de 1879, M. le D^r Bonneville a proposé de laisser la direction au médecin en chef, mais en la séparant du service administratif. Ce service serait confié à un *agent-comptable*, qui ferait la besogne administrative et serait, dans la hiérarchie, immédiatement après le directeur-médecin en chef ; avec traitement inférieur, afin de bien faire ressortir sa subordination.

Cette proposition ne visant que les asiles de la Seine, pourrait y devenir peut-être une heureuse innovation. Mais j'avoue que je ne me rends pas bien compte du rôle, trop peu défini, de cet agent-comptable, avec un receveur et un économe à ses côtés.

Un grand asile devrait être une école de perfectionnement, non seulement des maladies mentales, mais aussi de direction, d'administration spéciale.

Les médecins adjoints, après un stage dans des asiles moins importants, devraient, après avoir été promus de classe exceptionnelle, passer par cette école avant de devenir chefs d'un établissement.

On ne verrait plus alors des jeunes médecins, au grand dommage de leurs rapports avec les autorités et leurs subordonnés, venir prendre la direction d'un asile, sans bien connaître tous les détails de l'administration des asiles.

La loi nouvelle qui sera substituée à la loi de 1838, donnera nécessairement lieu à de nouveaux règlements d'administration publique, remplaçant eux-mêmes l'ordonnance royale de 1839 et le règlement du service intérieur de 1857. Ils complèteraient, je crois, les améliorations cherchées, s'ils disaient :

Dans les asiles publics départementaux, tous les services sont sous la direction d'un directeur-médecin en chef.

Dans les grands asiles, ce directeur-médecin en chef sera toujours un directeur-médecin en chef de classe exceptionnelle. Il sera secondé, dans tous les détails administratifs et de haute surveillance sur tous les services administratifs, par un *régisseur*, placé sous ses ordres.

Ce régisseur viendra dans la hiérarchie, immédiatement après le directeur-médecin en chef, mais sans initiative propre ; il ne sera que le pouvoir exécutif, suivant les ordres généraux, ou particuliers, du directeur-médecin en chef ; soit qu'il s'agisse de vérifier les comptabilités, finances ou matières, ou toute autre partie des services administratifs ; à charge de rendre compte audit directeur-médecin en chef.

Il sera toujours choisi parmi les premiers secrétaires de direction, les receveurs et les économes, qui auront les plus longs et les meilleurs services, dans les asiles les plus importants.

Seront réputés *grands asiles*, tous ceux dont la population atteindra le chiffre de 800 malades.

S'il n'est pas bon qu'un médecin d'asile soit astreint à un service médical trop absorbant, il ne le serait pas davantage qu'il cessât d'être médecin traitant. Le service médical d'un grand asile devrait donc être divisé en trois parties.

Le directeur-médecin en chef serait chargé de l'admission des malades entrants, comme partie la plus délicate du service et, nécessairement alors, de délivrer les certificats de vingt-quatre heures, du service des infirmeries et de celui des pensionnats.

Le service des divisions du régime commun serait partagé entre deux médecins adjoints de classe exceptionnelle, à 4,000 francs, qui passeraient successivement d'un service d'hommes à un service de femmes.

La visite médicale commencerait chaque matin par

celle des infirmeries, afin que les adjoints et les internes puissent la suivre avant d'aller à leur service personnel.

Le directeur-médecin en chef aurait nécessairement droit d'inspection sur les services confiés à ses adjoints ; il exercerait ce droit à sa convenance et au besoin remplirait, dans ces services, l'office de médecin consultant.

En cas de maladie ou de congé, les adjoints, ou l'un des adjoints, désigné par le préfet, remplacerait le directeur-médecin en chef dans son service médical et le régisseur le remplacerait de droit dans son service administratif.

Une fois par semaine au moins, le directeur-médecin en chef, le régisseur, les adjoints et les internes, se réuniraient en conférences, dans lesquelles seraient traitées des questions tantôt médicales, tantôt d'administration relative à la spécialité.

Pour éviter toute récrimination et bien établir la subordination des jeunes médecins au directeur-médecin en chef, ils ne devraient point être nommés chefs de service par le ministre, mais être mis par le ministre à la disposition du directeur-médecin en chef de l'asile.

Ces jeunes médecins ne pourraient se plaindre de cette organisation ; si leur situation était quelque peu modifiée, ce serait à leur avantage ; en réalité, elle ne serait pas changée mais régularisée et ni leur présent, ni leur avenir n'en pourrait souffrir.

Il ne me paraît pas nécessaire d'entrer dans plus de détails ; car on peut trouver une organisation sinon identique, au moins très analogue, dans les grands asiles anglais, dans celui d'Ellenau (grand-duché de Bade) et même en France, dans les grands hôpitaux militaires.

En conséquence, les nouveaux règlements d'administration publique à intervenir ne devraient pas reproduire l'article 9 de l'ordonnance royale de 1839, ni

l'article 58 du règlement de 1857 ; ou bien, y admettre une exception en faveur des médecins adjoints de classe exceptionnelle, employés dans les grands asiles.

Le directeur-médecin en chef étant chargé des admissions et des certificats de vingt-quatre heures, il n'y aurait aucun inconvénient, je pense, à ce que les nouveaux règlements autorisassent les jeunes médecins de ces grands asiles à délivrer, chacun dans son service, les certificats de quinzaine et de sortie ainsi qu'à fournir les notes mensuelles.

Néanmoins, les permis de sorties à titre d'essai, déjà tolérées et autorisées pour l'avenir, par l'article 49 du projet de loi voté par le Sénat, devraient toujours être visés, sinon délivrés, par le directeur-médecin en chef.

En proposant cette organisation, je n'ai pas assurément la pensée de faire naître un doute sur le savoir de nos médecins d'asiles ; ce serait, je le crois, la première injustice dont ils auraient le droit de m'accuser.

Mais il existe à l'étranger, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, des asiles qui, grâce à une organisation plus ou moins voisine de celle que je propose, menacent de nous distancer ; saurions-nous faire trop pour rester au moins leurs rivaux ?

J'espère donc que nos jeunes confrères voudront bien ne voir, en ces quelques pages, qu'un désir d'améliorations dans le service et un moyen de rendre pour leurs futurs successeurs la voie plus facile et plus sûre, quand à leur tour ils iront prendre charge d'asile.

D^r A. CONSTANS,

Inspecteur général honoraire du service des aliénés.

Pathologie.

UN CAS

DE

VÉSANIE COMBINÉE

DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS ET MÉLANCOLIE ANXIEUSE

Par M. le Dr SÉGLAS

Médecin adjoint de la Salpêtrière.

L'étude des maladies mentales n'est pas une chose aussi simple qu'on peut se le figurer au premier abord, et ce serait une erreur de croire que la lecture des livres dogmatiques ayant trait à la question peut donner sur le sujet des idées nettes et arrêtées. Car en pratique, il est loin d'en être ainsi et les faits se présentent souvent sous une apparence de complexité qu'on n'eût guère pu soupçonner d'après des lectures purement théoriques. C'est dans ces cas qu'on peut dire avec plus de raison que jamais qu'il n'y a pas de maladies, mais des malades. Par certains côtés l'affection semble rentrer dans une espèce nosologique plus ou moins déterminée, tandis que par d'autres, elle semble s'en éloigner et se rapprocher d'espèces plus ou moins voisines. L'individu aussi paraît quelquefois présenter en même temps plusieurs espèces de délire. Ce fait avait déjà frappé les anciens observateurs, car Esquirol disait

dans son *Traité des maladies mentales* (p. 80, t. 1^{er}), que les diverses formes de délire peuvent se compliquer pour former des composés binaires, ternaires, etc... Des observations de délires multiples, épileptique ou vésanique, etc... se rencontrent çà et là dans les auteurs (Delasiauve, Morel), mais sans que ce fait soit mis en relief. Plus récemment différents travaux sont venus prouver la coexistence possible chez le même individu de plusieurs délires d'origine différente (Lasègue, Garnier, Magnan, Krafft-Ebing, Dericq, Pichon) (1). Dans un autre travail, M. Ph. Rey a montré la fausseté de l'opinion qui soutenait l'antagonisme de la paralysie générale et de l'hystérie (2).

L'observation que nous allons rapporter est un fait du même genre, en ce sens que la malade présentait deux délires différents; mais ici l'origine est la même, il n'y a à faire intervenir en rien les intoxications, les névroses convulsives, etc... C'est de deux vésanies pures (délire des persécutions et mélancolie anxieuse) qu'il s'agit : et d'un autre côté il nous semble y avoir entre elles plus qu'une coexistence, mais plutôt une combinaison.

Voici d'ailleurs l'observation de la malade :

M^{me} F..., âgée de trente-sept ans.

Antécédents héréditaires (renseignements fournis par le frère de la malade). — Le père de M^{me} F... fait des excès de boisson depuis longtemps, se grisant quelquefois deux fois par jour, et actuellement il a « le cerveau affaibli par la boisson ». Rien à noter chez les autres membres de la famille.

(1) Lasègue. *Délire des persécutions*, 1852 et *Alcoolisme subaigu*, 1868, in *Etudes médicales*. — P. Garnier. *Gaz. hebdomadaire*, 1880. — Magnan. *Arch. neurolog.*, n° 1. — Krafft-Ebing. *Lehr. der. Psy.*, Stuttgart, 1881. B. 1. — Dericq. *Th. de Paris*, 1886. — Pichon. *Encéphale*, 1887.

(2) Ph. Rey. *Ann. méd. psych.*, t. II, 1885.

Antécédents personnels. — Il n'y a de ce côté absolument rien de bien particulier. Signalons seulement une péritouite, il y a cinq ans, puis de la métrite avec ulcérations du col que l'on a cautérisées.

Le frère de M^{me} F... fait remonter le début de la maladie à douze ans environ. A cette époque, il remarqua que sa sœur, qui avait d'ailleurs été toujours d'un caractère froid, était devenue très sombre et très irritable, qu'elle se montrait jalouse de son mari et qu'elle disait s'ennuyer beaucoup. Il y a un an, dans une visite qu'elle lui fit à Paris, elle lui parla de ses ennemis, d'un photographe, d'ouvriers qui la regardaient de travers et payés pour la tuer. Elle négligeait complètement son ménage, surveillant seulement sa cuisine par crainte d'empoisonnement. A ce moment, elle demanda à son frère son assistance pour la défendre contre ses persécuteurs.

Huit jours avant son entrée à l'asile elle quitte subitement la ville qu'elle habitait et arrive à Paris pour fuir ses ennemis, elle se réfugie chez son frère. D'ailleurs, son mari doit rester seul pour être heureux. Au bout de quelques jours, elle en arrive à soupçonner son frère même, elle s'échappe de la maison pour aller demander protection aux sergents de ville, et tente en route de se précipiter dans le canal Saint-Martin. Le lendemain soir, en se couchant, elle prend un couteau de table qu'elle cache sous son oreiller, parce que les passants l'ont regardée de travers et l'ont suivie pour la tuer. — Au matin elle était plus calme, parlait d'aller consulter un médecin pour sa métrite et d'aller se soigner dans une maison de santé. Le soir elle redevient triste, s'échappe de la maison, achète elle-même de la charcuterie et va concher dans un hôtel borgne. Dans la journée suivante, elle était toujours inquiète, demandant qu'on ne la laisse pas assassiner, et semblant très affectueuse pour son frère. Ce jour-là, voyant un déménageur tirer un couteau pour couper son pain, elle se figure qu'il veut la tuer et tente de se sauver; puis en cherchant une clef dans un vêtement de son frère, elle y trouve un couteau, l'accuse de vouloir servir ses ennemis, s'échappe, court à un poste de police demander assistance et de là veut aller s'adresser au préfet de police. C'est alors que la famille, ne pouvant plus la surveiller, l'a placée.

Etat actuel : juillet 1883. — M^{me} F... est d'une taille assez élevée, d'un physique assez agréable, d'une conformation régulière : sa tenue est bonne, elle paraît seulement un peu inquiète.

L'état général nous semble assez bon. L'examen des différents appareils organiques ne nous révèle absolument rien de particulier : et même du côté de l'utérus nous ne trouvons au toucher qu'un peu d'empâtement dans le cul-de-sac latéral droit ; le col est long, conique, non déplacé, un peu mou, mais sans ulcérations. La menstruation est régulière ; leucorrhée par intervalles. *Ajoutons que nous ne trouvons chez notre malade aucun stigmate de dégénérescence, ni physique ni psychique.* L'interrogatoire pratiqué en vue de nous renseigner sur l'état des facultés intellectuelles est des plus difficiles par suite de la défiance de M^{me} F..., de sa dissimulation et même des mensonges par lesquels elle cherche à nous égarer sur la nature des idées qui la préoccupent. Ce n'est qu'au bout de plusieurs jours, quand nous avons gagné la confiance de la malade, que nous pouvons connaître la nature et l'évolution des conceptions délirantes. Contrairement à son frère qui fait remonter le début de la maladie à une douzaine d'années, elle prétend que ce n'est que depuis cinq ans qu'elle a eu d'abord de l'ennui, des idées noires, des inquiétudes. Puis elle a découvert qu'elle avait des ennemis. On la regardait de travers, on lui disait des injures, on voulait la tuer, elle ne savait pourquoi, car elle n'a jamais fait de mal à personne. Plus tard elle a découvert que c'étaient les *francs-maçons* qui la persécutaient et que *son ennemi principal était une femme* d'une haute position, qui aimait son mari et voulait se débarrasser d'elle et de son fils. Pour cela, elle a mis à ses trousses toutes sortes d'agents ; elle en connaît plusieurs : c'est ainsi que le médecin qui la soignait pour sa métrite « était payé par ses ennemis pour la blesser du côté de la matrice » ; un photographie qui demeurait à côté d'elle était aussi un agent. Sa famille a fait cause commune avec cette femme et la persécute aussi. Elle a voulu fuir et est venue à Paris ; mais ses ennemis continuent à la poursuivre par des sorts et veulent la tuer. C'est pour cela que, préférant mourir de suite, elle a tenté de se suicider. Quelques agents l'ont suivi depuis la ville qu'elle habitait jusqu'à Paris, car dans la cour de l'établissement elle en a reconnu un qui la regardait de travers et cherchait aussi à la reconnaître pour la désigner comme victime. Elle craint toujours qu'on ne l'empoisonne et ne se décide à prendre de la nourriture que sur la menace de la sonde. Les hallucinations de l'ouïe sont très intenses et très fréquentes : nous n'en constatons pas pour les autres sens. — Le sommeil est très irrégulier.

Août. — L'état de la malade est le même, les conceptions délirantes sont très actives, les hallucinations de l'ouïe répétées. Elle a aussi des illusions de la vue, elle prétend avoir reconnu dans la maison cette femme qui la persécute et qui est la maîtresse de son mari. C'est elle qui l'a fait séquestrer, en s'entendant avec nous et sa famille pour être plus libre ensuite et la faire disparaître sans bruit. La nuit, elle a des cauchemars et rêve qu'on veut l'étrangler. Aussi elle se demande si elle ne ferait pas mieux de se suicider pour éviter les tortures de l'agonie qu'on lui fera subir. On a trouvé un jour dans sa poche des morceaux de verre qu'elle avait en réserve pour les avaler, au cas où ses ennemis voudraient prolonger son supplice. Dans les derniers jours du mois elle est plus calme, travaille un peu, dort beaucoup mieux; elle reçoit avec plaisir la visite de son père, et est contente de recevoir une lettre que lui a écrite son fils. Cet état se prolonge pendant la plus grande partie du mois suivant.

22 septembre. — Depuis quelques jours la malade ne dort plus, elle a des cauchemars la nuit, des hallucinations de l'ouïe, on la menace, on va la tuer; de la sensibilité générale, elle sent des personnes se glisser dans son lit pour la maltraiter; de la vue, elle voit des assassins. Elle devient très anxieuse, presque panophobique, refuse de sortir de sa chambre, de prendre des aliments. Son fils est mort, dit-elle, et elle, se sera son tour dans trois jours; si elle échappe elle se suicidera, et dans ce but, elle enfile dans le jardin des baies de troène pour s'empoisonner.

12 octobre. — La malade est toujours très hallucinée de de la vue, de la sensibilité générale. Elle est toujours effrayée, anxieuse, cherche à s'isoler, pleure et gémit continuellement, Elle a essayé de se pendre avec une pensionnaire, mais s'est arrêtée parce qu'elle trouvait que cela faisait trop de mal.

24 octobre. — La nouvelle de l'arrivée de son mari augmente son anxiété; elle s'isole plus encore, les hallucinations ne font que croître en intensité, le sommeil fait complètement défaut.

27 octobre. — Elle a reçu la visite de son mari: elle ne s'y attendait pas quoiqu'il lui eût écrit il y a trois jours, parce que la lettre devait être fausse. Elle se demande dans quelle intention il est venu, peut-être pour lui faire du mal. L'anxiété continue, les hallucinations de la vue prédominent, elle voit toujours des assassins, surtout la nuit et depuis quelques jours.

29 octobre. — Elle veut s'en aller à toute force, parce qu'il faut qu'elle travaille et aille gagner sa vie.

1^{er} novembre. — La malade a changé d'aspect depuis quelques jours, elle n'est plus anxieuse, les idées de persécution ont repris le dessus. Elle nous accuse d'être un des agents à sa poursuite et d'être payé pour cela par son mari ; une malade qui partage sa chambre est un espion que nous avons placé là pour la surveiller, elle la reconnaît et l'a déjà vue dans son pays, bien que l'autre malade n'y soit jamais allée. Elle nous accuse de l'avoir placée dans une chambre du rez-de-chaussée (mesure prise à cause de ses idées de suicide antérieures), pour pouvoir pénétrer chez elle plus facilement et lui faire du mal. Mais elle nous avertit de prendre garde, parce qu'un jour elle pourrait bien se venger sur nous.

Décembre. — Même état : prédominance d'idées de persécution et d'hallucinations de l'ouïe. Depuis très longtemps elle avait des hallucinations de l'ouïe (bruits indistincts, injures, menaces). Depuis quelque temps elles prédominent du côté gauche, lui disant qu'on la poursuivait, qu'on allait la tuer, etc... En même temps, elle entend dans l'oreille droite des voix consolantes qui lui disent de prendre courage. Ce sont des voix d'homme et quelquefois de femme ; elles se répondent et tiennent conversation. Les hallucinations droites, consolantes, sont moins nettes et plus lointaines ; aussi croit-elle surtout aux voix désagréables qui sont très nettes. Toutes ces voix ne sont pas des voix de personnes qu'elle a connues, mais leur timbre lui est familier et elle les distingue les unes des autres. Elle les entend le jour, mais surtout la nuit.

20 décembre. — Insomnie depuis quelques nuits ; hallucinations de la vue et de l'ouïe : toutes les personnes de sa famille qui sont mortes lui apparaissent et lui prédisent sa mort. La malade commence à redevenir anxieuse.

26 décembre. — Elle ne veut pas manger, car elle veut mourir pour éviter le coup qui va la frapper. La voix de l'oreille gauche lui a annoncé qu'elle mourrait avant le 1^{er} janvier ; aussi elle en est convaincue et a demandé un prêtre. La voix de l'oreille droite ne lui a rien répondu, d'ailleurs elle préfère ne pas l'entendre et pour cela se bouche l'oreille droite. Si elle ne dort pas la nuit, c'est que la voix de l'oreille gauche lui dit : « Ne dormez pas, veillez, car on va vous assassiner. »

31 décembre. — L'anxiété est à son comble. Les voix gauches toujours prédominantes lui ont dit qu'elle mourrait avant la fin de l'année : elle a vu son frère, son mari et sa maîtresse dans le jardin, ils venaient pour la tuer, ce sont des lâches ;

elle voit du sang sur les murs, son cœrueil dans le jardin près d'une fosse creusée à l'avance ; elle entend le glas des cloches, la sonnerie de Saint-Paul, la trompette des morts toujours dans l'oreille gauche. L'expression de la physionomie, anxieuse, terrifiée, révèle bien l'intensité et l'horreur de ses hallucinations. L'insomnie est complète, et toute la nuit la malade, bien que n'étant pas seule, ne fait que tirer la sonnette de secours.

1884. 2 janvier. — Plus calme, elle dort depuis deux nuits. Elle dit qu'elle est morte, elle a été tuée d'un coup de poignard sous le sein gauche dans la nuit du 31 décembre. Elle ne sait pas qui lui a porté le coup fatal, car elle n'a vu que la main qui tenait le poignard. Ce n'est plus elle qui nous parle, mais une personne qui lui ressemble et que son âme habite. Le soir elle se dédouble et la vraie elle-même va coucher dans son cœrueil au fond du jardin ; comme elle est morte, elle repose. Elle ne sait ce que devient l'autre.

3 janvier. — Même état : C'est la voix de sa mère, morte depuis déjà longtemps, qui le soir commande à son âme de la rejoindre dans le cœrueil. Elle sent alors son âme quitter son corps et ne s'explique pas comment. Le matin elle se réveille tout étonnée de se trouver dans son lit.

14 janvier. — Depuis plusieurs jours, l'anxiété a disparu ainsi que les idées délirantes que nous venons de rapporter. Mais en revanche le délire des persécutions reprend la scène. Ses ennemis ont pénétré jusque dans l'établissement, elle en reconnaît à chaque pas ; elle se méfie des employés et même des malades qui sont gagnés à la cause de ses persécuteurs, à la tête desquels est son mari : il est franc-maçon et l'a fait condamner par le tribunal secret, mais elle demande la justice au grand jour ; sinon elle réagira et tuera ses ennemis ; ou si elle ne peut y arriver, se tuera elle-même. Hallucinations de l'ouïe très intenses, surtout la nuit.

6 février. — Toujours persécutée, mais plus calme ; d'ailleurs les hallucinations ont diminué d'intensité.

Mars, avril. — Même état.

Mai. — Assez calme dans la première quinzaine du mois ; mais à la fin l'anxiété reparaît ; hallucinations plus intenses, surtout de l'ouïe, menaçantes, les mêmes aux deux oreilles. Craintes d'empoisonnement ; on va la tuer, elle va mourir, mais sa mort détournera peut-être de la tête de son fils les malheurs qui le menacent.

Juin. — Même état d'anxiété. Une voix lui a révélé qu'elle

était condamnée à mort. On a bien fait de la mettre dans une maison de santé, parce qu'ainsi sa disparition sera inaperçue, et comme il faut qu'elle disparaisse pour le bien des siens, on évitera aussi de cette façon le scandale d'une mort publique, qui rejaillirait sur sa famille. Comme Jésus-Christ qui s'est sacrifié pour l'humanité, elle doit se sacrifier pour le bien de sa famille.

Juillet. — L'anxiété fait de nouveau place au délire de persécution.

13 août. — La malade redevient de nouveau très hallucinée et anxieuse.

28 août. — De plus en plus anxieuse : elle ne tient que des propos incohérents dont on ne peut avoir l'explication. Le rouge, le bleu et les autres couleurs ont bien une signification ; mais ce sont les souris, les chats, le café et la ficelle rouge qui l'ont éclairée. Si on ne la tue pas, elle se tuera.

31 août. — La malade dont l'anxiété ne fait qu'augmenter, se demande ce qu'elle va devenir, maintenant qu'on enferme les souris, les femmes, et les chats, les hommes, dans une souricière, les catacombes. On pousse des cris pour les attirer et ce sont les jardiniers qui les enferment.

6 septembre. — Même état. Le soir, sa bonne l'ayant quittée un moment pour servir son dîner, elle se sauve dans les jardins et on la trouve à demi étranglée avec son mouchoir.

8 septembre. — Toujours anxieuse. Hallucinations de l'ouïe et de la vue ; elle a peur de tout ; elle a dû commettre des crimes, elle est coupable, elle est la cause de bien des malheurs elle doit mourir.

10 septembre. — Même état. Elle est bien inquiète sur le sort de sa famille, en particulier de son mari qu'elle cherche partout, jusque derrière les tas d'ordures et les balais.

14 septembre. — L'anxiété disparaît, mais les idées de persécution recommencent à se faire jour. La malade, toujours plus expansive dans les périodes d'anxiété, se montre de nouveau défiante, dissimulée et refuse de parler pour ne pas se compromettre : se remet à travailler.

30 septembre. — Prédominance des idées de persécution : assez calme ; travaille un peu.

Octobre. — Idées de persécution, hallucinations surtout de l'ouïe, sommeil irrégulier, continue à travailler.

Décembre. — L'idée de persécution systématisée occupe toujours le premier plan : la malade ne répond guère à nos

questions, puisque « nous savons tout », dit-elle. La nuit, hallucinations de la sensibilité générale et du sens génital : on la bat, on la viole, le lendemain elle est brisée. Elle ne connaît pas les gens qui se livrent sur elle à ces actes violents, mais ils sont de la même bande. Quant à son mari, maintenant qu'il a atteint son but et qu'il s'est débarrassé d'elle, il doit être marié avec cette femme, l'auteur de toutes ses misères. Les hallucinations de l'ouïe continuent toujours, presque incessantes et surtout dans l'oreille droite (qui, il y a quatre ans, a été le siège d'une otorrhée). Ces voix le plus souvent désagréables ne lui disent plus de sottises, mais des menaces, des ordres brefs, et même quelques phrases. D'autres, différentes de timbre, l'avertissent de prendre garde. Une force intérieure l'empêche quelquefois de faire ce que les voix commandent; c'est son bon ange, il est muet. — Quand elle a une pensée, elle n'est pas plus tôt arrivée à la fin de son idée qu'une voix la lui vole et la lui répète tout haut (dédoublément de la personnalité par *écho* de la pensée). Ce n'est pas une voix intérieure, ni celle des hallucinations habituelles de l'ouïe, mais une voix extérieure pas très nette, pas aussi distincte que les autres.

Notons enfin que la malade exprimant ses idées de persécution n'emploie jamais un vocabulaire spécial. Elle est profondément convaincue de la réalité de ses hallucinations et rien ne peut ébranler sa conviction dans la justesse de ses interprétations délirantes.

L'état de la malade reste absolument semblable jusqu'en mai 1885, époque où elle est reprise par sa famille et transférée.

Dans cette observation on voit que la maladie mentale présente dans sa symptomatologie et dans sa marche des faits assez complexes et parfois même contradictoires.

Si au premier abord on peut porter le diagnostic de délire de persécution, un examen plus attentif nous montre que dans certains intervalles plus ou moins éloignés et pendant un temps plus ou moins durable, l'affection vésanique revêt une physionomie tout à fait différente et très comparable à celle qu'affecte d'ordinaire la mélancolie anxieuse.

Tout d'abord, le délire des persécutions est mis en évidence par la *marche* même du délire. Au début c'est une période d'ennui, d'inquiétude, puis apparaissent les idées de persécution se systématisant progressivement : la malade, pour désigner ses persécuteurs, se sert d'abord, comme c'est l'ordinaire, d'un terme indéfini, *on* ; puis elle s'en prend à une *collectivité* d'individus, les franes-maçons, puis enfin à *certaines personnes* qu'elle désigne. En même temps elle assigne une cause à toutes ces persécutions qui ne sont plus les *misères* vagues du début, mais ont un but déterminé, celui de la faire disparaître. A un autre point de vue le délire a l'allure ordinaire du délire des persécutés : c'est une sorte de *délire convergent*, le malade étant le centre vers lequel se dirigent tous les efforts invisibles de ses ennemis. Ce subjectivisme morbide, cette *autophilie* (1) du persécuté est un fait trop connu aujourd'hui pour nous y attarder. Quant aux troubles sensoriels, nous avons vu qu'ils sont assez nombreux chez notre malade : ce sont d'abord des *illusions* de la vue et de l'ouïe, puis des *hallucinations*. Elles occupent le sens de la vue, la sensibilité générale, le sens génital et l'ouïe. Nous reviendrons plus loin sur les premières ; mais nous ferons remarquer ici que d'après la lecture de l'observation, à l'état ordinaire, quand notre malade se présente franchement comme une persécutée, ces hallucinations visuelles sont très peu intenses, si même elles existent ; celles de la sensibilité générale, du sens génital ne sont aussi qu'intermittentes, se présentant surtout la nuit ; *celles qui prédominent sont incontestablement celles de l'ouïe*. C'est encore là un fait ordinaire chez le persécuté ; mais il en est d'autres ayant trait aux caractères mêmes de ces hallucinations auditives et qui sont caracté-

(1) Eall. *Leçons sur les maladies mentales*. Paris, 1883.

téristiques. Ces *hallucinations de l'ouïe* ont eu un *développement progressif*, identique et parallèle à celui du délire de persécutions dont elles constituent, en somme, la trame fondamentale (1). C'était d'abord des bruits, puis des injures, des menaces ou des ordres assez brefs, enfin les voix ont prononcé de véritables phrases. Plus tard il s'est présenté un phénomène assez intéressant et sur lequel on a récemment attiré l'attention (2), je veux parler du *dédoublement des hallucinations auditives*.

Pendant que les hallucinations de nature désagréable semblaient se localiser dans l'oreille gauche, la malade commençait à entendre dans l'oreille droite des voix différant d'intensité, de timbre, de caractère, qui venaient la consoler et soutenir son courage. Ces *hallucinations de caractère consolant* peuvent exister chez les persécutés en dehors du dédoublement des hallucinations : c'est même là un fait assez fréquent et sur lequel à notre avis on n'a pas assez attiré l'attention, car, ainsi que le fait souvent remarquer M. J. Falret, il constitue un bon signe diagnostique des délires de persécution opposés à la mélancolie anxieuse. Et en particulier dans l'observation que nous venons de rapporter, il mérite d'être signalé. Notons encore un symptôme qui découle de l'hallucination auditive, c'est une sorte de *dédoublement de la personnalité par écho de la pensée*, qui marque toujours une étape avancée du délire et qui est des plus nets chez notre malade.

Enfin nous retrouverons chez M^{me} F... les réactions habituelles des persécutés ordinaires. C'est une femme méfiante, dissimulée, répondant aux questions qu'on lui

(1) Nous voulons parler ici du délire des persécutions type Lasègue, et non de ce délire des persécutions sans hallucinations tout à fait différent et particulier aux dégénérés.

(2) Magnan. *Des hallucinations bilatérales de caractère différent suivant le côté affecté*. Arch. neurol, 1883.

pose comme si elle avait peur de se compromettre, cherchant à nous égarer, ou bien ne donnant comme seule réponse que le « vous savez tout » ordinaire à cette sorte de malades.

Nous l'avons vue sous le coup de ses idées de persécution chercher à se dérober à ses ennemis par *la fuite*, aller *demandeur du secours* à son frère ; puis *l'idée du suicide* est venue la hanter pour se dérober à ses persécuteurs et en finir avec ses misères ; elle *prépare ses aliments elle-même* pour éviter un empoisonnement, elle *s'adresse à la police* pour demander assistance, allant du sergent de ville au commissaire et songeant à aller s'adresser au préfet lui-même, si elle n'eût été enfermée. Dans l'établissement enfin, à plusieurs reprises, elle a proféré contre ses ennemis des *menaces de vengeance*.

Il importe aussi de signaler que notre malade, en tant que persécutée, présente bien le type des délirants partiels. En dehors de ses idées de persécution qui résistent à tout argument, elle raisonne fort bien : c'est une femme d'une éducation moyenne, mais très intelligente, et l'on ne remarque chez elle aucun indice d'un affaiblissement des facultés intellectuelles. Au point de vue affectif, elle nous paraît peu expansive. Si elle aime son fils, elle ne reçoit son frère qu'avec méfiance ; quant à son mari, elle le regarde comme son ennemi le plus acharné. La plupart du temps, elle travaille à des ouvrages d'aiguille, souvent même avec beaucoup d'activité. Bien que le sommeil soit irrégulier, elle prend encore chaque nuit quelques heures de repos et sans agents hypnotiques.

Si l'on s'en tenait aux symptômes que nous venons de mettre en relief, on pourrait en conclure que notre malade est un cas type de délire de persécution. C'est un fait certain ; aussi n'avons-nous relevé en détail ces points particuliers que pour mieux faire ressortir le

contraste qui existe entre cet état pour ainsi dire ordinaire de notre malade et d'autres intermittents, se présentant par accès, et dans lesquels l'aspect de la maladie change du tout au tout, au point de pouvoir faire hésiter sur le diagnostic.

Nous avons vu dans l'observation que plusieurs fois la malade était tombée dans des états anxieux plus ou moins intenses, plus ou moins prolongés. Quand ces phénomènes devaient se présenter, le sommeil disparaissait, la malade devenait plus inquiète, cessait de travailler, errait partout comme une âme en peine on se cachait dans sa chambre. Les hallucinations augmentaient de fréquence et d'intensité ; mais alors elles nous semblaient occuper plus spécialement *le sens de la vue* ; elle voyait ses ennemis (au lieu de les reconnaître dans certaines personnes), son mari, sa maîtresse supposée, ses parents morts, des assassins, du sang, des cercueils, sa fosse, etc...

Tout cela sans préjudice des hallucinations des autres sens. Eu même temps, fait à noter, les *hallucinations consolantes de l'oreille droite ne se faisaient plus entendre*, la malade n'avait plus de protecteurs ni d'amis. Abandonnée de tous, elle devenait la proie d'un délire mélancolique moins systématisé, plus *généralisé*, parfois même absolument *incohérent*.

En outre, à l'inverse de ce qui se passait précédemment, la malade ne présente plus cette autophilie que nous avions signalée chez elle ; et le délire devient pour ainsi dire *divergent*. Loin d'être le centre vers lequel se dirigent tous les efforts de ses ennemis, c'est elle qui devient une cause de malheur pour les siens, elle est coupable, elle doit disparaître, etc...

Dans une de ces périodes la malade a présenté des *troubles de la personnalité*, une sorte de dédoublement, mais bien différent du dédoublement inhérent à son dé-

lire de persécution et dont nous avons signalé les caractères spéciaux. Outre qu'ici, ces lésions de la personnalité se sont présentées à l'état aigu, subitement, pour être transitoires, leur origine n'est pas non plus aussi exclusivement sensorielle que dans l'autre cas. De plus elles se distinguent par la nature des idées qui s'y rattachent (son âme quitte son corps, il y a deux elles-mêmes, une vraie, qui est morte, une fausse existe à son image...). Ce ne sont pas les idées que l'on rencontre chez les persécutés dont les organes, toujours attaqués, l'existence toujours menacée résistent quand même, malgré l'intensité des influences destinées à les détruire. Chez notre malade, par exemple, en tant que persécutée, l'utérus qui a souffert des manœuvres d'un médecin, agent des persécuteurs, a toujours résisté. Ce dédoublement de la personnalité au contraire, avec les idées qui s'y rapportent, se rapproche beaucoup de ce qu'on observe dans certains cas de mélancolie, surtout à forme anxieuse. C'est même alors un trait assez caractéristique de la maladie pour que, si elle se prolonge et devient chronique, les mêmes idées de destruction, de non-existence persistant, on puisse avoir affaire à une forme psychopathique particulière, décrite en France par M. Cotard sous le nom de délire de négations (1). Bien que ce ne soit pas ici le cas, puisque ces phénomènes ont été transitoires, il n'est pas inutile à notre avis de faire ce rapprochement.

Sous l'influence de ces accès, l'attitude de notre malade change complètement. Tout chez elle exprime l'*anxiété*, sa physionomie est anxieuse, parfois effrayée, presque panophobique, elle cherche à s'isoler bien qu'elle ait peur, ou erre de tous côtés; elle se lamente, gémit et ne cesse dans ses paroxysmes de terreur de demander

(1) In *Archives de neurologie*, numéro de septembre 1882.

dn secours. Loin d'être dissimulée, elle est plus expansive et fait volontiers part de ses craintes. En même temps, elle abandonne ses idées de vengeance. Tantôt elle se résigne, tantôt ne parle plus que de son *suicide* qui sera une conclusion à toutes les souffrances qu'elle endure, qui est nécessaire puisqu'elle fait le malheur des autres. Les *sentiments affectifs* se modifient aussi dans ces intervalles et, toujours aimante pour son fils, elle en arrive à s'intéresser à son mari, son persécuteur acharné. Ce délire généralisé absorbe alors toute l'intelligence de la malade; souvent incohérente, elle ne suit plus une conversation, elle ne travaille plus. — Enfin le *sommeil disparaît* totalement et, la nuit, tous les phénomènes morbides redoublent d'intensité. Cet état durerait plus ou moins longtemps, en général de 4 à 6 semaines, se présentant sous forme d'accès, après lesquels la malade redevenait la persécutée dont nous avons fait l'analyse psychologique.

Le tableau suivant, résumant les traits principaux de chacun des états que nous venons d'examiner, mettra mieux en relief les différences qui les séparent :

Symptômes se rattachant au délire des persécutions.

1° Marche continue et progressive du délire.

2° Systématisation progressive.

3° Délire partiel, convergent.

4° Troubles sensoriels divers : hallucinations de l'ouïe prédominantes, marche progressive, leur dédoublement, hallucinations consolantes, dédoublement de la personnalité par écho.

Symptômes se rattachant à la mélancolie anxieuse.

1° Apparition rapide : survient par accès.

2° Pas de systématisation incohérente.

3° Délire généralisé, divergent.

4° Troubles sensoriels : hallucinations de la vue prédominantes; leur apparition rapide : plus d'hallucinations consolantes; dédoublement particulier de la personnalité avec idée spéciale de non-existence.

5° Réactions spéciales du persécuté : dissimulation, méfiance, fuite, idées de suicide, réclamation, menaces de vengeance.

6° Sentiments affectifs pervertis.

7° Sommeil irrégulier.

8° Possibilité de travailler.

5° Réactions du mélancolique : anxiété, terreur, résignation, idées et tentatives de suicide.

6° Sentiments affectifs exagérés.

7° Disparition totale du sommeil.

8° Impossibilité de travailler.

Quel est, en résumé, le diagnostic que nous devons porter sur cette affection assez complexe ? D'abord nous n'avons pas affaire ici à ces délires multiples, protéiformes, si fréquents dans les états dégénératifs. L'énumération des symptômes, l'examen de la marche lente et progressive du délire de persécution nous font écarter cette hypothèse, que l'absence de tout stigmate physique, intellectuel et moral de dégénérescence détruit tout à fait.

Il ne s'agit pas non plus ici de la coexistence chez une persécutée d'un délire d'origine différente, faits dont on a rapporté de nombreux exemples.

Dans ces cas le délire surajouté est le plus souvent d'origine toxique ou névrosique. Or notre malade à son entrée ne présentait aucun signe d'intoxication, notamment alcoolique, et pendant tout son séjour dans la maison, la surveillance constante dont elle fut l'objet fait écarter absolument cette idée que d'ailleurs les symptômes même de la maladie ne peuvent confirmer. D'un autre côté un examen approfondi, une observation rigoureuse ne nous ont décelé chez elle la trace d'aucune névrose convulsive, hystérie ou épilepsie.

Il est bien évident que notre malade présente un délire des persécutions des plus nets. Or il n'est pas rare de voir survenir chez ces malades, par intervalles,

des épisodes anxieux. En serait-ce un exemple que nous venons de rapporter ? nous ne le croyons pas. En effet, quand ces épisodes se présentent, c'est sous l'influence d'une recrudescence de certains symptômes, surtout l'augmentation de l'intensité et de la fréquence des hallucinations amenant une sorte de suractivité des idées délirantes qui détermine l'anxiété. Mais alors la maladie reste toujours identique à elle-même, elle ne fait que passer à une sorte de stade aigu plus ou moins durable, le plus souvent assez court. Mais cela n'est pas le fait de notre malade ; elle a peut-être présenté un état de ce genre dans les quelques jours qui ont précédé l'entrée, alors qu'elle a fui son domicile et que le délire a présenté les réactions que nous avons exposées. Car c'est dans ces états d'anxiété, provoqués par une recrudescence des phénomènes morbides, que les persécutés se décident à réagir de la façon que l'on sait. Mais dans les autres moments il ne s'agit plus de ces épisodes anxieux. Car alors la maladie change absolument d'aspect et les symptômes que nous avons cherché à mettre en relief, tels que la nature des hallucinations et surtout les caractères particuliers du délire, l'attitude de la malade en face de ces nouvelles conceptions délirantes, tout cela ne caractérise-t-il pas un véritable accès de mélancolie anxieuse ? Si bien que, en supposant que l'on n'eût pas connaissance de la marche antérieure du délire, si l'on eût examiné la malade dans un de ces accès en l'absence de renseignements, on n'eût pas hésité à porter le diagnostic de mélancolie anxieuse. Nous n'avons donc pas affaire ici à une persécutée présentant par épisodes des états mélancoliques anxieux, mais à une malade atteinte à la fois de délire des persécutions à marche chronique et d'accès intermittents de mélancolie anxieuse.

Ceci établi, quels sont les rapports de ces deux affec-

tions entre elles? La mélancolie anxieuse ne pent d'abord pas être regardée comme une complication du délire des persécutions. Ce n'est pas non plus une simple coexistence chez le même individu de deux délires indépendants l'un de l'autre : il y a plus ici, les deux délires se pénètrent, *se combinent* ; car bien que les symptômes soient différents dans les deux cas, on rencontre certaines hallucinations communes : signalons aussi la persistance des idées de suicide dans le délire des persécutions, fait d'ordinaire assez rare pour que certains auteurs aient donné l'absence de l'idée de suicide comme caractéristique du persécuté ; enfin, c'est toujours au fond la préoccupation de la malade sur les rapports qui doivent exister entre elle, son fils et son mari qui prédomine.

Peut-être même pourrait-on chercher dans ce fait une explication de l'apparition des accès mélancoliques. On a l'habitude de donner, comme caractéristique du persécuté, le sentiment d'exagération de la personnalité même au début de son affection, alors qu'il n'est encore que persécuté. Le fait est vrai, mais il ne faut pas penser les choses trop loin et certains persécutés que nous avons pu examiner, tout en se regardant comme un centre où converge l'attention de leurs ennemis, sont avec cela des plus modestes par un autre côté. Notre malade nous semble rentrer dans ce cas-là. Car dès le début de l'affection elle a l'idée que sa disparition peut rendre son mari heureux, et c'est pour cela autant que pour fuir ses ennemis qu'elle quitte son pays. A côté donc du sentiment d'autophilie, il y a une idée de sacrifice. Quoi d'étonnant à ce que sous l'influence de certaines causes, telles que la modification des troubles sensoriels, cette idée puisse devenir dominante au point de changer absolument par intervalles l'aspect de la maladie en faisant de la malade une coupable, une nui-

sible destinée à disparaître, une mélancolique anxieuse de persécutée qu'elle était?

Il va sans dire que cette tentative d'explication n'est de notre part qu'une pure hypothèse. Un fait qu'il serait intéressant à éclaircir, ce serait de savoir si une pareille malade peut en arriver plus tard aux idées de grandeur; l'observation seule peut résoudre ce problème ainsi que celui d'une démence plus ou moins rapide sous l'influence de ce nouveau facteur surajouté, l'accès mélancolique.

Quoi qu'il en soit et quelque interprétation qu'on puisse lui donner, cette observation nous a paru intéressante à publier, d'abord parce que, d'après nos recherches bibliographiques, les faits de ce genre nous semblent devoir être assez rares : la cause en est peut-être dans ce fait que bien longtemps le délire de persécution a été confondu dans la mélancolie, dont l'histoire clinique est encore loin d'être complète. L'existence de ces vésanies combinées, de ces formes mixtes est un sujet peu étudié et qui a bien son importance. Car de pareils faits nous montrent le danger de généralisations hâtives, l'inanité des classifications, et ils nous prouvent la vérité de ces paroles d'un maître qui joignait l'exemple au précepte : que l'avenir de la médecine mentale est dans l'observation rigoureuse du malade et l'analyse détaillée des symptômes de la maladie.

TRAUMATISME

ÉPILEPSIE ET PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. TERRIEN

Interne de l'asile d'aliénés de Nantes.

M. le Dr Ritti, dans son brillant éloge du professeur Lasègue, a prononcé les paroles suivantes : « Il n'est point d'orateur qui n'ait une figure favorite qu'il emploie de préférence : la comparaison est la figure de Lasègue ; elle se montre chez lui à chaque instant, et toujours elle est ingénieuse. Qui n'a présente à l'esprit celle qu'il trouva pour bien distinguer les diverses aberrations sensorielles dans la folie ? « L'illusion est à l'hallucination ce que la médisance est à la calomnie. » Et cette autre qui permet de diagnostiquer la nature de deux états morbides : « La dipsomanie est à l'alcoolisme ce que l'épilepsie est à l'hystérie. » Combien il serait facile d'en citer encore, mais il faut savoir se borner. »

A ces comparaisons si justes citées par M. Ritti, je dois en ajouter d'autres ayant trait au sujet qui m'occupe, et je ne cacherais pas qu'elles m'ont entraîné à la rédaction de ce travail.

« Un homme, dit Lasègue, a été victime d'un traumatisme cérébral grave, et il guérit ; mais s'ensuit-il qu'il soit maître de l'avenir ? nous ne le pensons pas. C'est comme un feu qui couve sous la cendre, c'est comme un volcan qui pendant nombre d'années n'a montré ni feu ni fumée, il n'en est pas moins un volcan. Nul médecin instruit, nul homme sensé ne s'étonnera

si à longue échéance se manifestait le trouble intellectuel chez le blessé du cerveau, l'éruption dans la montagne qui a déjà vomie la flamme et la fumée. Si de la butte Montmartre on voyait jaillir flamme et fumée, l'étonnement serait justifié, mais il n'en serait pas de même du Vésuve, fût-il muet depuis mille ans. »

Un individu a fait une chute, la tête a frappé sur le sol, la plaie est cicatrisée, le malade n'éprouve plus la moindre gêne, on le croit guéri. « Cela est faux, dit Lasègue ; son cerveau a subi une commotion, et ce choc, cet ictus chirurgical primitif devient un capital qui pour ne pas donner de revenus pendant les premiers temps, n'en portera pas moins intérêts et dividende que le malade touchera un jour en bloc, soit au bout d'un an, soit plus tard. »

« Dans les maladies qui ont le plus de continuité, comme la paralysie générale, 90 fois au moins sur 100 vous trouvez au début un ictus cérébral quelconque », a dit encore le professeur Lasègue.

M. le D^r Vallon a appuyé une partie de sa thèse de doctorat sur ces mêmes citations.

Bien des fois, depuis que je suis dans un service d'aliénés, j'ai pu constater la vérité des affirmations de l'éminent aliéniste. Dans plusieurs cas de paralysie générale j'ai trouvé comme cause de la maladie un traumatisme plus ou moins récent. Dans l'observation qui va faire l'objet de ce petit travail, nous trouverons au début de la vie de notre malade un traumatisme violent, dont le premier effet sera de produire des accès d'épilepsie qui du reste finiront par disparaître, et dont le deuxième effet, l'effet tardif, sera la paralysie générale. Il est juste de dire que là un second facteur entrera en jeu, l'alcoolisme, et que nous devons en tenir compte.

Jean-Baptiste B..., trente-huit ans, tailleur de

pierre, marié, père de deux enfants dont le plus jeune a dix ans, entré à l'asile Saint-Jacques le 30 janvier 1885.

On l'avait soigné à l'Hôtel-Dieu pour une gastrite chronique, et il avait été renvoyé dans sa famille après un traitement de cinq jours, parce qu'il frappait ses camarades de salle. A peine rentré chez lui, il est pris d'un délire violent; armé d'une hache, il menace de tuer des ouvriers boulangers qui étaient ses voisins. Cette agitation excessive nécessita son internement au quartier d'aliénés.

Examen direct. — B... se présente à nous la figure amaigrie, il a une teinte subictérique, il paraît fatigué. Il avoue en effet qu'il mange peu, supporte difficilement la nourriture; son estomac est délabré. Il est atteint d'une gastrite chronique; c'est un alcoolisé déjà de vieille date.

Il est très loquace, très désordonné dans ses gestes et dans ses paroles. Il est plein d'idées de grandeur, de puissance. « Il est tout ce que l'on voudra, tailleur de pierre, médecin, grand chanteur, il a été changé quand il était en nourrice. Depuis l'âge de douze ans il invente des machines, il a mérité la croix pendant la guerre de 1870. » Il critique tous les grands corps politiques, il est impossible de l'arrêter dans son discours et dans les menaces verbales qu'il adresse à une foule de personnes. Il est injurieux, ordurier. Il se dit le dompteur de tout le monde, il ne parle que de batailles, de coups de couteau. Mais la mémoire est bien conservée, on ne note aucune hésitation, aucun trouble dans la parole; il n'a pas de tremblement fibrillaire, pas d'inégalité pupillaire. Rien ne nous fait penser à la paralysie générale, malgré les idées de grandeur qu'il présente, et nous portons sans aucune hésitation le diagnostic, manie, en donnant comme cause l'alcoolisme et la nu-

trition imparfaite par affection chronique de l'estomac.

Nous avons rattaché la manie à l'alcoolisme sur les renseignements donnés par la famille, et les aveux du malade lui-même; nous l'avons rattachée aussi au trouble organique, car le malade sortait presque de l'hôpital. Aucune autre cause ne paraissait exister et on nie toute hérédité. La syphilis est niée également.

Les jours suivants, toujours la même agitation, toujours le même désordre, la même incohérence dans les paroles et dans les actes. « Il est grand, puissant, il veut faire mourir tout le monde et faire sauter l'établissement. »

Cet état persiste sans modification d'aucune sorte jusque vers le mois de juillet 1886. A cette époque il devient plus calme, on le place dans une section de malades tranquilles. C'est là qu'en l'interrogeant à notre passage, nous avons remarqué quelques accès dans la conversation. On va dès lors l'observer tous les jours, car des doutes commencent à naître en nous au point de vue de la paralysie générale.

Le 16 août, B... présente des accès épileptiformes. Interrogé ensuite à ce sujet, il avoue être atteint d'épilepsie depuis l'âge de sept ans, époque où il reçut un coup de bâton sur le côté gauche de la tête. — Il nous montre la cicatrice qui est en effet très évidente.

Renseignements pris, ce que dit le malade est bien la vérité; il devint épileptique à la suite d'un coup donné par son père; les crises d'abord assez fréquentes avaient diminué, et sa femme n'en signale qu'une seule pendant qu'ils ont vécu ensemble, c'était quelque temps après leur mariage. Cette dernière crise remontait donc à quinze ans; il était considéré comme guéri de son épilepsie, car sa femme n'en parla pas au moment de l'admission et on eut encore toutes les peines à lui faire venir le souvenir de cette crise, quand on l'interrogea

avec insistance après la constatation du phénomène nouveau qui avait été remarqué. Déjà la physionomie de notre malade change, il s'amaigrit, quoique mangeant bien cependant ; sa parole devient plus difficile, il a du tremblement fibrillaire, de l'inégalité pupillaire, la pupille gauche plus dilatée que la droite, avec absence de réaction à la lumière. Nous portons dès lors le diagnostic « paralysie générale ».

Le 1^{er} février 1887, B... est très déprimé, il a le visage maintenant bouffi, il a des idées niaises, la figure indique la satisfaction, la béatitude — « il est beau, bien fait, il a des habits en or, ses enfants ont des casquettes enrichies de diamants ». L'affaiblissement de la mémoire est tel qu'il ne se rappelle plus aucun fait important de sa vie, son écriture est hésitante, tremblée, il passe des lettres, s'embrouille de plus en plus et, bientôt impatienté, jette sa plume disant qu'il ne peut écrire. La faiblesse musculaire est généralisée et venue à ce point que le malade se traîne avec lenteur et en tremblant ; s'il veut courir, il trébuche ; quand il parle, il bredouille et la face est animée de tous les frémissements en sens divers caractéristiques. Il présente donc bien tous les signes psychiques et somatiques de la paralysie générale.

Les crises épileptiques, qui d'abord apparaissaient une par une à dix ou quinze jours d'intervalle, se rapprochent et éclatent par séries. Le malade est gâtéux le jour et la nuit, ce qui indique l'approche de la période ultime de l'affection.

En effet, la vie végétative et la vie de relation s'épuisent de plus en plus, le malade ne peut plus se tenir debout, on est forcé de le placer à l'infirmerie et de le tenir au lit.

Le 6 juin 1887, sa femme le retire de l'asile pour avoir au moins la douloureuse satisfaction de le voir

mourir chez elle. Mais les soins fatigants et répugnants l'obligent deux jours après à le ramener à l'asile.

C'est toujours le même état de gâtisme avec la déchéance intellectuelle et physique la plus prononcée ; les eschares au sacrum ont apparu et le malade s'éteint le 24 juillet dans le marasme, sans aucune complication épileptiforme durant les derniers temps.

Autopsie. — Notre premier soin fut d'examiner la cicatrice visible, au cuir chevelu, et de déterminer le point précis du crâne qui était en regard de cette cicatrice. Le coup de bâton dont il a été question, fut porté au *niveau même* de la suture coronale gauche, à la partie moyenne de cette suture, c'est-à-dire au niveau de la partie postérieure de la deuxième frontale.

Le crâne mis à nu ne laisse apercevoir aucune trace de fêlure. Senlement, il existe un aplatissement très marqué dans toute la région frontale et à la partie antérieure du lobe pariétal gauche. — Cette partie antérieure du crâne est donc tout à fait asymétrique. La boîte osseuse est enlevée, les parois sont dures et très épaisses du côté gauche surtout. Pas une goutte de sérosité ni de sang ne s'échappe.

On enlève la dure-mère qui est très épaissie partout, et détachée de la paroi osseuse dans la partie antérieure du crâne où elle s'affaissait sur la masse cérébrale de cette région. La dure-mère enlevée, le cerveau mis à nu montre clairement son asymétrie, plus prononcée encore que ne semblait le faire prévoir l'asymétrie de la boîte crânienne. L'hémisphère gauche est atrophié dans le lobe frontal en entier. Un vide de 2 cent. 1/2 existe entre le sommet antérieur du lobe et la paroi osseuse de ce côté ; la sérosité qui devait combler ce vide n'existe plus. L'hémisphère droit, au contraire, est bien développé, je dirais même plus que normalement. Les corpuscules de Pacchioni sont hypertrophiés.

La pie-mère n'est nullement injectée. Au contraire, c'est une anémie profonde qui paraît régner dans tout l'encéphale. On ne découvre pas ce riche réseau de capillaires qui se dessine toujours, principalement chez les congestifs, sur toute la périphérie de la masse cérébrale. On essaie d'enlever la pie-mère du côté gauche c'est-à-dire du côté atrophié, l'opération est possible. Mais dans l'hémisphère droit, la difficulté est plus grande, on ne peut la détacher, même au niveau des sillons, des scissures où le décollement est ordinairement plus facile, on ne peut, dis-je, la détacher qu'en arrachant des parcelles de substance cérébrale. L'hémisphère droit nous paraît donc, dès maintenant, bien plus frappé par la périencéphalite.

Le poids du cerveau est de 1000 grammes, dont 545 pour l'hémisphère droit.

Morphologie. — Hémisphère gauche. Cet hémisphère est considérablement amoindri dans sa moitié antérieure, nous l'avons déjà dit. Ses circonvolutions sont au complet, les sillons, les incisures, les plis de passage, rien ne manque. C'est un hémisphère absolument normal-quant à la topographie des scissures et circonvolutions; tout y est, mais tout y est réduit; les sillons sont moins profonds, les circonvolutions sont très amincies.

Le sillon de Rolando, en raison du peu de développement du lobe frontal, est moins oblique par rapport à la scissure de Sylvius; le pli qui réunit la deuxième frontale à la frontale ascendante, est tellement réduit qu'il apparaît à peine et que la scissure parallèle frontale se montre de prime abord non interrompue, ressemblant à un deuxième sillon de Rolando. En haut, du reste, elle arrive très près de la fente interhémisphérique, car à ce niveau le pli d'union de la première frontale à la quatrième frontale est aminci. Atrophiée

est la frontale ascendante, atrophée également est la troisième frontale pourvue pourtant de plis et incisures nombreux. L'insula de Reil est à déconfort à cause de l'écartement anormal des lèvres de la scissure de Sylvius. Le lobule paracentral, ainsi que la face interne de la première circonvolution frontale, sont rudimentaires. Rien à noter dans les autres lobes de cet hémisphère. La partie antérieure seule du lobe pariétal paraît légèrement réduite.

Hémisphère droit. Ici, les circonvolutions sont toutes très développées. Rien d'important n'y paraît manquer. C'est un hémisphère normal : sillons très profonds, multiplicité des incisures. Il aurait même un certain degré d'hypertrophie.

Substance cérébrale. La couleur de l'encéphale est d'un gris ardoisé (Baillarger); la consistance de la substance grise est très diminuée, elle est ramollie dans toute son épaisseur, et en raclant avec le manche du scalpel, on arrive facilement sur la substance blanche. Pas de piqueté hémorragique dans cette substance blanche. Sa teinte est uniformément blanc grisâtre. C'est toujours la même anémie cérébrale qui, là encore, nous frappe. J'ajoute que le lobe droit est bien plus ramolli que son congénère, il s'aplatit, s'étale en nappe sur la table d'amphithéâtre.

Le ventricule droit paraît agrandi, le ventricule gauche est plus petit que normalement et la circonvolution d'Ammon ne fait pas saillie dans sa corne sphénoïdale.

L'épendyme ventriculaire est résistant et hérissé de granulations. Dans l'hémisphère droit, la partie antérieure de la couche optique et le noyau candé en entier sont ramollis, c'est une véritable bouillie. Je note en passant que dans deux autopsies antérieures de paralytiques généraux, j'ai trouvé cette dégénérescence des

noyaux caudés et optiques. Du côté gauche, les noyaux très atrophiés sont plus fermes.

Les vaisseaux présentent un épaississement considérable de leurs parois.

Le pédoncule cérébral droit est plus volumineux que le gauche.

Rien à noter d'intéressant dans les autres parties de l'encéphale. Le bulbe paraît symétrique.

Je résume : atrophie des parties antérieures de l'hémisphère gauche par arrêt de développement, hypertrophie du lobe frontal droit, altérations dues à la paralysie générale bien nettes des deux côtés, mais plus avancées dans l'hémisphère droit, voilà en quelques mots ce que nous a révélé l'autopsie.

Nous avons jusqu'ici fait l'histoire du malade, passé en revue ses différents états pathologiques, et enfin pour corroborer les diagnostics, nous avons examiné le plus attentivement possible les lésions macroscopiques révélées par l'autopsie. Nous nous permettrons de faire suivre cet exposé de quelques réflexions inspirées par la complexité des phénomènes que notre malade a présentés dans le cours de sa vie.

Fils de père et mère bien constitués, sans tare héréditaire, autant que les renseignements nous permettent de l'affirmer, bien constitué lui-même, intelligent, actif, à sept ans il reçoit de son père un violent coup sur la tête, et il devient épileptique. A quoi attribuer les accès convulsifs ? Vu l'absence de l'hérédité, nous ne trouvons pas d'autre cause efficiente que ce choc cérébral. Malgré sa névrose, l'enfant continue à grandir d'une façon normale, intellectuellement et physiquement. Il ne semble pas y avoir d'arrêt sensible dans la marche progressive de ses facultés. A l'école, on ne remarque rien, il était d'une intelligence ordinaire ; ce n'était assurément pas un faible d'esprit, j'insiste sur

ce point. Dans la vie il sut se conduire ; il fut bon travailleur, jouit longtemps d'une bonne santé physique, ne présenta pas de faiblesse musculaire d'aucun côté, car il put être tailleur de pierre, métier très pénible. Les crises épileptiques cessent, il se marie, et sa femme n'en a remarqué qu'une seule pendant qu'elle a vécu avec lui.

Arrêtons-nous un instant sur cette première phase de la vie du malade.

B... annonçait une constitution robuste, et devait être du moins exempte de troubles cérébraux aussi précoces. Le coup de bâton donné au niveau de la suture coronale gauche, sur cette suture même, déprime le crâne de ce côté. L'épilepsie survient à la suite de ce choc cérébral ; les cas de ce genre ne sont pas rares, je n'insiste donc pas davantage, mais le lobe frontal est frappé d'un arrêt de développement. Comment alors l'intelligence de l'enfant n'a-t-elle pas été atteinte ? Comment la partie droite du corps qui est sous la dépendance de cet hémisphère gauche frappé, lésé, n'a-t-elle pas reçu le contre-coup de l'ictus cérébral et de l'arrêt de développement de cette partie de l'encéphale ? Car on ne note aucune atrophie ni des muscles ni des os dans les deux moitiés du corps. Les éléments nobles du cerveau, les centres nutritifs logés dans cette partie d'un hémisphère ont-ils donc vécu, grandi d'une façon normale puisqu'ils sont arrivés à produire le travail qui leur était dévolu, la névroglie seule étant diminuée, ce qui aurait donné lieu à une atrophie plus apparente que réelle, puisque les parties essentielles, les parties nobles se seraient développées, perfectionnées ? Ou bien l'hémisphère droit a-t-il multiplié son action, a-t-il travaillé pour son voisin ? Il s'est, ainsi que l'a démontré l'autopsie, hypertrophié. Cette hypertrophie ne serait-elle pas le résultat d'un travail compensateur qu'il a

été obligé de faire ? Il y a là un problème : Deux moteurs d'inégale force en apparence ont chacun une somme de travail à produire ; or, il arrive que l'effet produit est le même malgré la disproportion apparente des puissances en action. Il faut donc que la machine la plus petite soit plus parfaite, plus perfectionnée ou que la plus volumineuse, la plus forte, travaille pour l'autre, lui vienne en aide, lui prête son concours. C'est à cette dernière idée que je m'attache, en raison de l'hypertrophie bien constatée de l'hémisphère droit et des nombreux exemples de troisièmes circonvolutions frontales droites s'hypertrophiant quand, en cas d'aphasie, elles étaient obligées de s'habituer à parler pour leurs sœurs.

Je ne trouve que là la solution du problème.

Je passe maintenant à la deuxième phase de la vie de notre malade. B... se marie, fait des excès d'alcool, il a deux enfants dont le plus jeune a maintenant dix ans. Ce sont des dégénérés physiquement : figures de singe, front fuyant, oreilles larges et écartées du crâne. Ils ont donc reçu le contre-coup de l'état pathologique du père, infirmité cérébrale et déjà profondément alcoolisé.

L'alcoolisme, durant toute cette période, domine la scène. B... a des troubles dyspeptiques, pyrosis, pituites, vomissements alimentaires. Son caractère s'est modifié, il est devenu très excitable. — Il entre à l'Hôtel-Dieu pour gastrite. Un délire aigu survient, il est admis à l'asile Saint-Jacques.

J'ai fait plus haut l'historique de ce malade, j'ai relaté les symptômes qu'il présenta lors de son entrée à l'asile, la nature de son délire, les diagnostics successifs que nous avons portés : manie d'abord, puis en dernier lieu paralysie générale,

J'insiste sur cette erreur qui a été commise, je tiens à la faire bien remarquer, et sans m'abstenir sur les quelques connaissances que j'ai pu acquérir en aliéna-

tion, je crois que la faute n'était pas grave et que l'erreur était difficile à éviter, surtout quand on revoit les faits cliniques remarqués à l'entrée et quand on veut tenir compte des difficultés que présente bien souvent le diagnostic de la paralysie générale, difficultés bien mises en évidence par M. le D^r Christian. (*Annales médico-psychologiques* de 1884.)

Il est fort délicat, le diagnostic de la paralysie générale à son début. Souvent l'on a cru à une paralysie générale, sans que la marche ultérieure de l'affection soit venue en rien confirmer cette manière de voir. Souvent encore on a cru à de la simple manie alcoolique, quand dessous se dissimulait la paralysie générale, qui, l'accès d'agitation violente passé, apparaissait nettement avec tous ses caractères ordinaires, et bien des fois j'ai entendu mon excellent chef de service, M. le D^r Biante, insister sur cet effacement de la paralysie générale derrière le masque d'un délire maniaque. Souvent on a des présomptions, mais pas de certitude.

Je pourrais citer plusieurs faits de ce genre, mais le cas de B... suffira, car il est des plus probants.

Rien dans la manière d'être du malade ne pouvait faire songer à la redoutable affection qui devait l'emporter. B... avait des idées de grandeurs, mais ses idées n'avaient pas le cachet particulier d'absurdité, d'extravagance incohérente et pnérale du paralytique ; le délire était actif et violent. De plus, « le paralytique, dit Lays, n'est nullement convaincu de ce qu'il dit, il ne s'y attache pas, il ne cherche pas à convaincre son interlocuteur. » Or, il me souvient que le malade s'appliquait à me démontrer la véracité de ses paroles, à me convaincre par des figures, des lignes qu'il traçait devant moi, de la justesse des vérités qu'il croyait énoncer. B... était incohérent, loquace, mais il nous a été impossible de noter au milieu de ces flots de paroles une

idée niaise comme en laisse échapper toujours un moment on l'antre le paralytique général. Ces éléments de diagnostic différentiel savamment débattus entre MM. Christian et Régis, servent toujours dans la clinique et il est nécessaire de s'y appuyer.

Ajoutons qu'il n'y avait aucun accroc dans la conversation, la parole était brève, rapide, pas d'inégalité pupillaire, pas de tremblements fibrillaires. Tout indiquait le maniaque, et pourtant B... est bien mort paralytique général, ainsi que l'ont fait ressortir les symptômes qu'il présenta plus tard, et les lésions trouvées à l'autopsie.

Je me refuse absolument à croire que le délire présenté par le malade à son entrée et qu'il présenta pendant un an et demi, n'ait eu aucun lien avec la paralysie générale; je m'obstine à penser que c'était bien là le délire de l'excitation cérébrale due à la périencéphalite diffuse. Je ne veux pas croire que ce fut de la manie franche et que la paralysie générale soit venue plus tard s'y surajouter. Et pourtant, malgré l'observation attentive de presque tous les jours, nous n'avons rien vu pendant plus d'un an qui pût nous autoriser à revenir sur le premier diagnostic.

Toutes les causes qui congestionnent les centres nerveux, et le délire aigu, persistant à l'état aigu, ne serait-il pas une de ces causes? ne deviendraient-elles pas par cela même une des incitations irritatives de la névrogie, activant la multiplication de ses éléments et passant par cela même à l'état de véritables facteurs étiologiques de la paralysie générale. Cette réflexion m'a été inspirée surtout par l'étude d'un cas fort intéressant qui existe en ce moment dans le quartier des femmes aliénées et que je veux signaler en passant.

C'est une femme S..., maniaque depuis dix ans par hérédité et vie de débauche. Depuis dix ans elle est

dans une agitation presque continue, avec de légères et très courtes rémissions. En ce moment et depuis deux mois environ, elle présente tous les signes somatiques de la paralysie générale : inégalité pupillaire très prononcée, sans réaction aucune à la lumière, tremblements fibrillaires de tous les muscles de la face, impossibilité de maintenir sa langue hors de sa bouche sans la tenir fortement serrée entre ses lèvres. L'agitation a presque disparu, quelques actes impulsifs de violence quand on la contrarie, voilà tout ce qui reste de ce grand désordre des actes qu'elle présentait jusqu'ici.

C'était certainement une maniaque, une maniaque pure ; elle l'était depuis dix ans, ai-je dit ; eh bien, à cette heure, si on la voyait pour la première fois, si elle devenait un sujet de concours, où on n'aurait aucun renseignement, où on devrait se contenter de l'observation directe et des dires de cette femme qui est actuellement stupide, le diagnostic « paralysie générale » s'imposerait, je crois. Ce qui est certain, c'est qu'un travail congestif se passe du côté de l'encéphale. Quelle est sa nature ? Est-ce une congestion cérébrale simple ? La femme a trente-cinq ans seulement, et cet état dure déjà depuis deux mois, sans modification aucune. N'est-ce pas alors de la paralysie générale ? Je ne veux rien affirmer encore. L'avenir nous apprendra ce que c'est, et je me propose de faire de ce cas l'objet d'une nouvelle communication, quand la question sera complètement élucidée.

Le cas de B... n'est certes pas analogue à celui-ci, et j'aurais certes confessé notre erreur sans faire aucune restriction, si les modifications congestives n'étaient survenues juste à point chez notre maniaque du quartier des femmes. Les réflexions que je viens de faire sont certainement hasardées, mais je tenais à exposer les doutes qui sont venus un instant assiéger mon esprit.

Nous entrons dans la troisième phase de la vie de notre malade. Il est paralytique général déjà très avancé, il a des crises épileptiformes, il est gâteux de jour et de nuit, les eschares au sacrum apparaissent, il meurt. Nous insisterons, en terminant, sur le fait constaté à l'autopsie : la paralysie générale a surtout porté ses ravages sur l'hémisphère droit, sur l'hémisphère qui a dû le plus travailler, qui a dû fournir à l'autre. Il s'est fatigué, étant obligé de faire presque double besogne, et la vitalité de la trame celluleuse à force de s'exalter a pu convertir son mouvement naturel de développement régulier en une véritable hypergenèse morbide, aidée du reste dans son œuvre par l'alcoolisme qui serait venu y apporter son contingent, et aussi, je l'ajouterai avec la plus grande réserve, par les excitations cérébrales entretenues et exagérées par un délire persistant à l'état aigu et violent.

Quoi qu'il en soit de la valeur des réflexions émises, il n'en est pas moins vrai que le traumatisme ressenti à l'âge de sept ans a provoqué l'épilepsie, a produit l'aplatissement et l'asymétrie du crâne, et des lésions dans la masse encéphalique. Le feu a couvé longtemps, et la proposition de Lasègue énoncée au début de l'article a donc bien trouvé dans le cas présent une nouvelle confirmation. Oui, le malade qui a été victime d'un traumatisme ne peut répondre de son avenir ; c'est le traumatisme qui chez B... fut la cause immédiate de l'épilepsie, c'est le traumatisme qui fut la cause médiate de la paralysie générale.

Archives cliniques.

24.

MAISON NATIONALE DE CHARENTON. — M. LE D^r ANT.
RITTI.

Un cas d'éthéromanie.

SOMMAIRE. — Malade âgée de quarante-cinq ans. — Antécédents héréditaires. — Attaques de nerfs. — Anémie ; fréquentes douleurs gastriques. — Premier accès d'éthéromanie à l'âge de vingt-deux ans. — Second accès à l'âge de quarante-deux ans. — Chaque accès provoqué par le médecin qui prescrit l'éther contre des défaillances et contre la gastralgie. — Symptômes d'ivresse. — Changement du caractère. — Actes inconsidérés : vente d'objets précieux, mendicité. — Terminaison du second accès.

M^{lle} A..., âgée de quarante-cinq ans, entre dans l'établissement le 23 février 1887.

Antécédents héréditaires. — Père, militaire, absinthique, mort à l'âge de cinquante-quatre ans après avoir eu trois attaques d'apoplexie ; mère, très nerveuse, originale. Cinq enfants, dont l'un est mort à l'âge de dix-sept ans, à la suite de scarlatine. Des quatre survivants : 1^o l'aîné a fait son chemin dans l'armée, est marié et père de quatre enfants ; 2^o le second, absinthique, joueur, a été forcé de quitter l'armée pour actes d'indélicatesse, et a eu depuis maille à partir avec la justice ; 3^o notre malade ; 4^o un fils, d'une intelligence au-dessus de la moyenne, mais vivant dans l'oisiveté et n'ayant d'autre but dans la vie que de faire un riche mariage.

Antécédents personnels. — M^{lle} A... a reçu une instruction élevée et une excellente éducation ; elle est

bonne musicienne. De taille élevée, elle a la figure un peu longue, avec un léger prognathisme de la mâchoire supérieure. Rien à signaler dans l'implantation des dents de la mâchoire inférieure; les incisives et les canines de la mâchoire supérieure sont longues et légèrement déjetées en avant.

M^{lle} A... est très nerveuse et aurait eu plusieurs fois des attaques de nerfs.

Réglée depuis l'âge de douze ans et demi, elle n'avait jamais eu d'irrégularité menstruelle jusqu'à l'âge de vingt-deux ans où, ayant pris un bain froid pendant ses règles, elle eut une suppression qui dura huit mois. Elle fut, à cette époque, sujette à des défaillances contre lesquelles son médecin prescrivit des potions au sirop d'éther. Se trouvant bien de ce médicament, elle en prit le plus qu'elle put, et ne le cessa qu'au bout de trois ou quatre mois.

Il y a quatre ans, elle eut de fortes métrorrhagies qui furent suivies d'anémie profonde avec douleurs gastriques, défaillances, etc. Son médecin eut devoir lui conseiller l'éther; elle s'empressa de suivre ce conseil, s'en trouva bien et ne put plus se passer de ce médicament. Elle avait constamment à sa portée un flacon d'éther pour en respirer dans les moments de défaillances ou lorsque ses douleurs d'estomac étaient trop fortes. Au début, elle n'inhalait le médicament qu'à doses modérées, puis progressivement à des doses de plus en plus fortes, jusqu'à manifester les symptômes de l'ivresse: elle présentait alors une excitation générale, ses yeux étaient vifs et brillants, elle titubait, etc.

Ce qui n'était d'abord qu'une médication, finit par devenir un besoin, puis un abus. Sous l'influence des inhalations répétées et quotidiennes d'éther, il se produisit peu à peu une complète modification dans le caractère et la manière d'être de la malade. Elle qui

était femme du monde distinguée, musicienne accomplie, qui s'occupait avec suite d'œuvres de charité, se mit à rechercher la solitude, tomba dans le désenivrement et ne s'intéressa plus à rien de ce qui faisait autrefois l'objet de ses préoccupations. Elle devint irritable, se plaignit des membres de sa famille, s'imagina qu'on lui en voulait, prétendait que ses parents lui refusait le nécessaire, etc. Un jour même elle manifesta le dessein de se suicider, puisqu'on la traitait si mal. Un autre jour, un de ses frères, la trouvant plus surexcitée et en train d'inhaler de l'éther, voulut lui arracher le flacon des mains, elle courut vers la fenêtre, l'ouvrit et menaça de se précipiter.

Lorsqu'elle n'est pas sous l'influence de l'éther, elle est triste, déprimée ; mais dès qu'elle a fait ses inhalations, elle devient gaie, bavarde. Parfois elle arrive à un tel degré d'ivresse qu'elle ne sait plus ce qu'elle fait : elle erre seule dans les rues, s'égare, accoste les passants qu'elle ne connaît pas. Une nuit, elle s'endormit sur un banc d'un boulevard extérieur et fut ramenée chez elle par des personnes étrangères.

Pour se procurer les quantités nécessaires d'éther M^{lle} A... usait de subterfuge ; elle se rendait chez plusieurs pharmaciens et n'achetait chez chacun que des quantités modérées, afin de ne pas donner l'éveil. Ainsi, un jour, elle alla dans trois officines différentes et obtint 125 grammes, 60 gr. et 30 gr., ce qui fait un total de 215 grammes, la ration d'une seule journée, on plutôt d'une seule nuit, car elle en était arrivée à ne s'éthériser que le soir après son coucher, employant la journée à acheter et à trouver les moyens d'acheter l'éther. En effet, son argent de poche ne lui suffisant plus pour satisfaire sa passion, elle se mit à vendre ses objets précieux, ses effets, et finalement elle alla jusqu'à mendier dans les rues : c'est en sollicitant les passants place

Saint-Germain-des-Prés, qu'elle a été arrêtée et conduite à l'infirmerie spéciale du Dépôt près la Préfecture de police, et conduite dans notre service, le 23 février 1887, sur le certificat suivant de M. le D^r Paul Garnier : « Dégénérescence mentale. Éthéromanie, impulsion irrésistible à inhaler de l'éther. Depuis quatre ans environ, elle est absolument dominée par sa passion pour l'éther et, pour se procurer cette substance, elle vend tout ce qu'elle a, emprunte, extorque de l'argent et mendie sur la voie publique. Sa situation mentale exige une surveillance spéciale..... »

M^{lle} A... est très amaigrie, elle est pâle, anémique, se plaint de maux d'estomac. Elle paraît très embarrassée, lorsqu'on l'interroge sur ses excès d'éther, sur les moyens qu'elle employait pour se procurer cette substance, etc. ; elle assure que ce médicament lui était indispensable pour combattre ses souffrances.

Soumise à un traitement tonique et à un régime hygiénique, cette malade ne tarde pas à reprendre de l'embonpoint ; sa santé physique très altérée au moment de l'entrée, est redevenue bonne.

Regrettant maintenant son entraînement morbide, M^{lle} A... prend la bonne résolution de ne plus recommencer, elle se croit assez de force de caractère pour pouvoir résister à la tentation. Sur ses promesses les plus formelles de n'y pas succomber, une sortie d'un jour, à titre d'essai, lui est accordée dans le courant de mai, pour aller rendre visite à sa famille ; mais elle trouve le moyen de se promener seule, de se rendre chez un pharmacien pour acheter un flacon d'éther qu'elle cache avec soin, et à sa rentrée dans l'établissement, le soir dans son lit, elle se livre à des inhalations répétées. Le matin, elle est dans un état de demi-ivresse (excitation, yeux vifs et brillants, etc.), mais elle est honteuse de son action, en demande pardon et avoue qu'elle se

croyait plus de force de résistance ; elle reconnaît que l'essai tenté lui a été défavorable et n'insiste pas lorsqu'on remet sa sortie à une époque indéterminée.

Deux mois après cette rechute, un nouvel essai fut tenté, sur la sollicitation de la famille et de la malade ; il réussit : aucune tentative pour se procurer de l'éther ne fut faite. A partir de ce moment, M^{lle} A... sortit régulièrement toutes les semaines pour passer une journée auprès de sa mère ; toute latitude lui était donnée pour se promener seule dans Paris et jamais elle n'en abusa pour se procurer de l'éther. L'accès pouvait donc être considéré comme terminé ; je n'hésitai donc pas à demander au préfet de police sa sortie, qui fut accordée, et M^{lle} A... quitta l'établissement le 29 août 1887.

J'ai revu M^{lle} A... tout récemment (fin novembre 1887) ; sa santé physique continue d'être excellente. Elle n'a pas fait usage d'éther depuis sa sortie.

Remarques. — Cette observation a de nombreuses analogies avec celle de X..., que mon collègue, M. Christian, a publiée en détails (V. *Annales médico-psychologiques*, 7^e série, t. VI, p. 285).

Comme X..., M^{lle} A..., malgré un développement marqué de certaines facultés, malgré d'incontestables aptitudes musicales, est une *dégénérée* ou, si l'on aime mieux, une *héréditaire*. Chez elle, il est vrai, pas d'ascendants atteints d'aliénation mentale ; mais son père, absinthique, est mort à l'âge de cinquante-quatre ans d'apoplexie cérébrale, et la mère est une femme nerveuse, excentrique. On a vu plus haut que des descendants, elle n'est pas la seule présentant une tare.

X... avait pris le goût de l'éther dans les ambulances, en 1870 ; M^{lle} A... y fut amenée par son médecin, qui lui prescrivit du sirop d'éther contre les défaillances. Se sentant soulagée par ce médicament, elle prit l'habitude d'en avoir auprès d'elle et d'en respirer quand

elle se sentait souffrante. De l'usage à l'abus, chez une personne prédisposée, il n'y a que peu de distance; cette distance, notre malade l'eut vite franchie. Néanmoins le premier accès d'éthéromanie ne dura que trois ou quatre mois, et est séparé du second par un intervalle de vingt ans. Le second a eu une durée de près de quatre ans : durant ce long espace de temps, la maladie a suivi une marche progressive, les quantités d'éther inhalées devinrent de plus en plus grandes, et le moment vint où pour satisfaire son irrésistible passion, M^{lle} A... se livra à des actes délictueux pouvant jeter la déconsidération sur elle et sur sa famille, et qui nécessitèrent son placement d'office dans un établissement spécial.

Grâce à l'isolement et à la suppression complète de la substance médicamenteuse, l'accès est terminé. Mais il y a toujours lieu de craindre qu'il ne s'en produise un nouveau. Pour ne pas provoquer une récurrence, il est à désirer que l'éther, sous aucune forme, ne soit prescrit dans aucun cas; toute occasion pouvant réveiller le penchant actuellement endormi.

Médecine légale.

REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

par M. le D^r A. GIRAUD

Directeur-médecin de l'asile de Saint-Yeu.

SOMMAIRE. — Procès en dommages-intérêts à un médecin, pour séquestration prétendue illégale : rejet par le tribunal et par la Cour d'appel. — Cinq cas de séquestrations prétendues arbitraires, par le D^r Biaute, médecin en chef du quartier d'hospice de Nantes. — Un testament fait en état de démence et au cours d'une procédure en interdiction.

Le public médical s'est ému à la nouvelle publiée dans certains journaux, qu'un médecin avait été condamné après avoir fait admettre un malade dans un établissement d'aliénés. L'affaire devait nous intéresser à deux points de vue. En premier lien, devons-nous déplorer une séquestration arbitraire, et ce qu'écrivait Baume, l'an dernier : « Si l'on réfléchit que, depuis 1838, il a « été effectué plus de 350,000 admissions d'aliénés dans « les asiles publics ou privés, la conscience publique « apprendra avec une légitime satisfaction qu'il n'a pas « été relevé, dans les établissements d'aliénés, un seul « cas de séquestration illégale juridiquement constaté », avait-il cessé d'être exact ? En second lieu, quelle est la responsabilité du médecin qui délivre le certificat prescrit par l'article 8 de la loi du 30 juin 1838, pour l'admission d'un aliéné dans un asile ? Les documents que nous avons reçus nous montrent que l'affaire est loin d'avoir la portée qu'on pouvait lui attribuer d'après un compte rendu incomplet. Il s'agissait simplement

d'un procès civil. La question de séquestration illégale a été écartée par le tribunal ; mais le médecin qui a délivré le certificat d'admission s'est occupé de l'administration des biens du malade pendant sa séquestration, et il a été condamné à reverser aux héritiers une somme dont il n'a pu justifier la remise à l'ayant droit.

L'honneur du corps médical reste intact dans l'affaire, et on lira sans doute avec intérêt les considérants sur lesquels le tribunal s'est appuyé pour rejeter l'imputation de séquestration illégale.

Le sieur J. B. D..., marié en secondes noces, avait été admis à l'asile de Lommelet, sur la demande de sa fille issue du premier mariage, et sur le vu d'un certificat du D^r B... Sorti de l'asile après quelques mois de séjour, M. D... intenta un procès à sa fille et au D^r B..., réclamant une somme de 10,000 francs à titre de dommages-intérêts, pour réparation du préjudice causé par l'internement indu à Lommelet, et demandant compte de l'administration de sa fortune pendant cet internement. Au cours du procès, M. D... mourut, et l'instance fut reprise par sa veuve, agissant en qualité de légataire universelle.

Le tribunal d'Arras (1) : « *Sur l'action en dommages-intérêts fondés sur l'internement de D...* — En ce qui « concerne B... : Attendu que ce dernier a délivré un « certificat sur la production duquel D... a été admis « à l'établissement d'aliénés de Lommelet, mais qu'en « délivrant cette pièce, il était dans l'exercice de ses « devoirs professionnels ; qu'eût-il commis une erreur, « elle serait insuffisante par elle-même pour justifier « l'action, qu'il ne pourrait être déclaré responsable « qu'au cas où il serait établi qu'il a agi de mauvaise « foi, avec l'intention de nuire, ou tout au moins avec

(1) 24 mai 1886.

« légèreté ; — Attendu que les témoins qui avaient vu
 « D... dans le courant des quelques mois qui ont pré-
 « cédé son internement, avaient été frappés de ses allu-
 « res excentriques, de la bizarrerie de son caractère,
 « et du trouble de ses idées ; que certains ont même
 « déclaré qu'ils le considéraient comme un aliéné, et que
 « l'un d'eux a été jusqu'à déclarer qu'il avait pris l'ini-
 « tiative d'émettre l'avis qu'il serait prudent de le
 « placer dans une maison de santé ; — Attendu, d'autre
 « part, que le malade avait été soumis aussi à l'examen
 « d'un autre médecin qui avait, en tous points, con-
 « firmé l'opinion de B..., qu'en outre, et pendant tout
 « son séjour à l'asile, il a été l'objet d'études attentives
 « et approfondies de la part des hommes de l'art investis
 « de la confiance de l'autorité, qui n'ont eu devoir le
 « rendre à la liberté qu'après un délai de soixante-seize
 « jours ; — Que, dans ces conditions, B... eût-il commis
 « une erreur, ce qui, d'ailleurs, n'est pas démontré, il
 « y aurait lieu de reconnaître qu'il a été trompé par
 « des apparences très sérieuses, puisqu'elles ont laissé
 « les spécialistes les plus expérimentés dans un état
 « d'incertitude qui s'est prolongé pendant près de trois
 « mois ; qu'il est, en outre, à remarquer que dès 1876,
 « la demanderesse elle-même signalait dans l'une de
 « ses lettres l'état de surexcitation et d'exaltation vio-
 « lente de son mari ; — Que, dans de pareilles circons-
 « tances, on ne saurait dire que B... a été coupable, on
 « même simplement imprudent ; qu'on ne relève donc
 « contre lui aucune cause de responsabilité. »

Sur la question d'administration des biens, le tri-
 bunal admit les justifications produites comme suffi-
 santes.

« *Par ces motifs.* Le tribunal, après en avoir délibéré

« conformément à la loi, jugeant en premier ressort,
 « déclare la demanderesse non recevable, en tout cas
 « mal fondée dans ses demandes, fins et conclusions,
 « l'en déboute et la condamne aux dépens. »

L'affaire fut portée en appel devant la Cour de Douai, et la veuve D... déposa des conclusions tendant à faire « condamner conjointement et solidairement le D^r B... et la dame D... à payer à l'appelante, la dame veuve D..., la somme de 10,000 francs à titre de dommages-intérêts pour préjudice causé par l'internement illégitime du colonel D..., son mari, à l'asile d'aliénés de Lommelet » ; et pour restituer les sommes perçues pendant l'administration des biens.

La Cour : (1) « Sur l'internement de D... dans un asile d'aliénés, attendu que la demanderesse n'a pas établi la mauvaise foi du D^r B... et de la dame D..., qu'en admettant que B... ait commis une erreur en attestant l'état d'aliénation mentale de D..., cette erreur, qui n'est pas démontrée, est partagée par un autre homme de l'art et par les médecins spécialistes de l'asile de Lommelet où D... a été reçu pendant plus de deux mois : adopte sur ce chef les motifs des premiers juges.

« Sur la demande en dommages-intérêts basée sur l'internement du colonel B... dans l'asile des aliénés de Lommelet, confirme la décision du tribunal, dit que le jugement sortira son plein et entier effet. »

En ce qui touche l'administration de la fortune, une partie du jugement du tribunal d'Arras fut réformée, et le D^r B... fut condamné à reverser une somme qu'il avait touchée comme mandataire et dont il avait donné

(1) Cour d'appel de Douai, 1^{re} chambre civile. Audience publique du 20 juin 1887.

quittance sans retirer à son tour un reçu libératoire. Les dépens furent partagés, trois quarts pour la veuve D... et un quart pour le D^r B...

La condamnation nous touche donc fort peu. On ne relève contre le D^r B... aucune imputation de mauvais foi, et il subit les conséquences d'une imprudence commise en dehors de son rôle de médecin, et dans une gestion de biens. Le point qui nous intéresse est l'avis du tribunal sur l'accusation de séquestration illégale, avis confirmé par l'arrêt de la Cour.

Non seulement, dans le fait présent, la séquestration arbitraire n'est pas admise, parce qu'elle n'est pas démontrée, mais, en outre, il est dit : que le médecin délivrant le certificat pour l'admission à l'asile est dans l'exercice de ses devoirs professionnels ; que s'il commet une erreur, il ne peut être déclaré responsable qu'au cas où l'on établit qu'il a agi de mauvaise foi, avec l'intention de nuire, ou tout au moins avec légèreté.

On rencontre des médecins qui s'exagèrent leur responsabilité, et vont jusqu'à refuser de délivrer un certificat, alors que le diagnostic n'est pas douteux. Ils tombent dans une véritable exagération : l'avis du tribunal d'Arras, confirmé par l'arrêt de la Cour de Douai, peut rassurer leur conscience. Le public apprécie diversement la manière de voir des médecins, et l'on a longuement discuté à la Chambre des députés le cas du baron Seillières. Il doit nous suffire de laisser tomber des attaques injustes et nous n'en continuerons pas moins à faire notre devoir. Pour rester dans le même ordre d'idées, nous examinerons aujourd'hui un mémoire que nous a adressé le D^r Bianté, médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice général de Nantes, et relatant cinq cas de séquestrations prétendues arbitraires.

Le premier cas a trait à un homme admis à la mai-

son privée de Nantes. Le D^r Biaute, appelé à visiter le malade en vertu de l'article 9 de la loi du 30 juin 1838, avait constaté l'embarras de la parole, le tremblement des extrémités, des mouvements fibrillaires dans l'orbiculaire des lèvres et dans les muscles de la langue ; pas d'inégalité pupillaire. On observait de la lenteur dans la formation et dans l'expression des idées, et les mots propres venaient avec peine dans la conversation. Le malade pleurait parfois, avait des idées de persécution et enfin s'élevait avec force contre sa séquestration. Le D^r Biaute avait conclu en ces termes : « J'estime donc
« que M. G... est atteint de paralysie générale. Pour la
« complication délirante nous trouvons en lui tous les
« éléments suffisants pour qu'un jour survienne l'une
« ou l'autre forme vésanique bien confirmée, c'est-à-
« dire la mélancolie ou la mégalomanie. Aucun symp-
« tôme n'est encore bien accentué, mais la vie de fa-
« mille faite à M. G..., jointe à la prédisposition innée,
« est bien de nature à développer davantage le délire
« et, peut-être, à le faire éclater d'une manière dange-
« reusement aiguë.

« Même à la période actuelle, je crois M. G... capable
« de violences, sinon spontanées, du moins occasion-
« nées, et sans pouvoir modérateur, par les difficultés
« de la vie et les désaccords de famille.

« La paralysie générale existe : elle est à un degré
« susceptible de remission, et de rémission pouvant être
« prise pour une guérison ; mais pour arriver à cela, il
« faut soustraire M. G... au milieu dans lequel il vi-
« vait, en conseillant le séjour dans un lieu où il ne se-
« rait plus en contact avec les personnes habituelles, où
« il serait cependant soigné et surveillé. Ce n'est qu'à
« cette condition qu'on peut éviter la maintenance dans
« une maison de santé spécialement affectée au traite-
« ment des maladies mentales. La rémission peut donc

« être observée, mais il y a à craindre aussi que la pa-
« ralysie générale, qualifiée progressive, marche malgré
« tout sans arrêt, ce qui s'est produit autrefois pour un
« frère de M. G... »

Des réclamations avaient été adressées au sujet du malade, et le préfet, ne s'en rapportant pas à l'avis du D^r Biate, ordonna une expertise. Les docteurs Laënnec, Poisson et Biate furent désignés pour faire un nouveau rapport que rédigea le D^r Laënnec.

« Il n'est pas besoin d'observer longtemps M. G...,
« disent les experts, pour voir qu'il est atteint de para-
« lysie générale : l'embarras de la parole, moins pro-
« noncé, paraît-il, aujourd'hui que le jour de l'entrée
« du malade dans la maison de santé, le tremblement
« fibrillaire des muscles de la langue, l'inégalité des
« pupilles, la difficulté et même souvent l'impossibilité
« d'achever une phrase qu'il complète par des gestes,
« le tremblement des mains, le mélange de satisfaction
« puérile et les accusations non motivées qu'il formule
« contre certaines personnes, la défiance sans cause
« qu'il manifeste contre tout le monde, les plaintes
« ridicules qu'il se complait d'exhaler ne laissent aucun
« doute sur la nature de la forme d'aliénation mentale
« dont est atteint M. G...

« La forme de paralysie générale que présente M. G...
« est surtout la forme mélancolique : il se croit en-
« touré de gens qui trament contre lui des machina-
« tions odieuses. Sa femme et sa belle-mère ont com-
« ploté sa déchéance un an avant son mariage ; il tient
« tout le monde en suspicion.

« Bien qu'il ne soit encore qu'à la période du début,
« il y a déjà longtemps que M. G... a commencé à ma-
« nifester des changements de caractère et d'habitudes,
« qu'il montrait une irritabilité qui se traduisait par
« des violences et que réveillait la cause la plus futile.

« Il y a un an que l'un de nous, consulté une fois
« dans son cabinet par M. G..., avait déjà soupçonné
« chez lui la paralysie générale.

« En ce moment, M. G... doit être maintenu, au
« moins provisoirement, dans un asile spécial pour y
« recevoir les soins appropriés à son état.

« Nous craignons qu'il ne marche rapidement vers
« la période moyenne de cette terrible maladie, et qu'il
« n'arrive assez promptement à la démence.

« Cependant une rémission, comme il n'est pas très
« rare d'en observer dans le cours de la paralysie gé-
« nérale, pourra peut-être se manifester ; alors on avise-
« rait si l'on doit rendre à M. G... sa liberté, mais on
« devra toujours exercer sur lui une surveillance active
« et tutélaire, car la marche de la paralysie générale
« est, hélas ! fatalement progressive, et M. G... nous
« semble malheureusement voué à la déchéance physi-
« que et morale la plus absolue. »

A la suite de ce rapport, le préfet ordonna la sortie immédiate de M. G... Aux termes de l'article 16 de la loi du 30 juin 1838, le préfet en avait le droit, mais on peut se demander quel était le but de l'expertise, puisque la décision devait être en formelle contradiction avec l'avis des experts. Le préfet a fait droit aux réclamations qui ont été formulées, mais, après ce que nous venons d'exposer, on dénaturerait singulièrement les faits en voyant là une séquestration arbitraire. Aucune plainte, d'ailleurs, n'a été déposée devant les tribunaux.

Le second cas est encore relatif à un homme atteint de paralysie générale, et placé dans une maison de santé privée. Cette fois, c'était le parquet qui était saisi de l'affaire, et le Procureur de la République, en commit-tant le D^r Biate pour examiner le malade, exprimait des doutes sur l'opportunité du maintien dans une maison d'aliénés.

Le D^r Biante avait déjà été délégué pour visiter le malade, en exécution de l'article 9 de la loi du 30 juin 1838 et avait délivré le certificat suivant : « J'ai constaté
« que M. B... était atteint de paralysie générale avec
« les troubles intellectuels et moraux qui se dévelop-
« pent ordinairement et naturellement en même temps
« que cette affection progresse. M. B... est puéril dans
« ses raisonnements et dans ses actes ; inconsciemment
« il se laisserait entraîner à des faits répréhensibles
« portant atteinte à son honneur et à celui des siens ;
« il oublie les devoirs les plus élémentaires de la vie
« sociale et de famille ; il a des idées de grandeurs et
« de richesses qui le poussent à dépenser futilement une
« partie de sa fortune et il arriverait certainement à
« en dépenser sans raison la totalité, s'il n'était retenu
« dans ses désordres. Il est parvenu à ce point de ne
« plus vouloir écouter les bons conseils des siens et de
« ne plus reconnaître les attentions et l'affection qu'ils
« ont pour lui.

« Tout cela constitue un état d'aliénation mentale
« assez caractérisé pour justifier le placement dans un
« établissement spécial d'aliénés. M. B... doit y être
« maintenu jusqu'à ce que, par suite du traitement et
« de l'isolement, les incorrections énoncées ci-dessus
« aient disparu, ce qui peut encore avoir lieu si la para-
« lysie générale, dans ses phénomènes somatiques,
« n'évolue pas trop rapidement. »

Ce que ne dit pas le certificat, c'est à la suite de
quelles circonstances le placement avait eu lieu. M. B...
avait quitté la ville de X... pour se rendre à Nantes,
puis, perdant de vue le but de son voyage, et abandon-
nant sa maison de commerce, il s'était mis à faire des
achats insensés et disparates, et sa femme, qui était
venue le rechercher, n'avait pu le décider à rentrer
chez lui.

Un nouvel examen du D^r Bianté ne put que faire confirmer le diagnostic. Le rapport signale du tremblement fibrillaire des muscles de la face, de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, et, en même temps des idées de richesses et de grandeurs. Le malade avait une attitude béate, ses discours étaient gais. Il éprouvait de la satisfaction pour tout ce qu'il avait fait : parlant de sa femme qu'il aimait, il annonçait qu'il allait plaider en divorce et son nouveau mariage devait s'accomplir dans une église qu'il ferait construire à cette occasion, et où il entretiendrait un curé spécial pour le service de sa maison. Le D^r Bianté concluait en déclarant que M. B... était atteint d'aliénation mentale bien caractérisée (paralysie générale); quelle placement dans une maison d'aliénés était urgent, et que si le placement volontaire avait été différé, la police aurait bientôt été obligée d'intervenir. Il eût été alors nécessaire de faire effectuer un placement d'office par mesure d'ordre public et de sécurité des personnes. La situation du malade ne s'étant pas modifiée, on devait le maintenir dans un établissement spécial.

Quoiqu'on pût difficilement conserver des doutes sur l'état mental d'un pareil malade, le Procureur de la République pria le D^r Bianté de continuer à surveiller l'état mental de M. B...

Dans un nouveau rapport, le D^r Bianté ne put que maintenir ses précédentes conclusions. La sortie du malade ne fut pas ordonnée. Quoique ici l'avis du médecin eût prévalu, le fait paraît rentrer dans la catégorie des cas où le doute résulte uniquement de l'inexpérience d'un magistrat. Le Procureur de la République, s'il eût eu l'habitude de pratiquer les visites prescrites par l'art. 4 de la loi de 1838, n'aurait certainement pas, pour exprimer ses doutes, écrit au D^r Bianté : « Vous avez déjà examiné ce malade. J'ai été le voir hier et

« j'ai constaté un affaiblissement certain dans ses facultés mentales. Cependant son état mérite une attention toute particulière, car il y a une limite toujours difficile à tracer entre la nécessité d'une interdiction prononcée au civil, et celle d'un internement dans un asile d'aliénés. » L'interdiction a un but bien distinct de l'admission dans un établissement d'aliénés. L'interdiction est toujours provoquée parce que l'individu est incapable de gérer ses biens; l'admission à l'asile a pour objet de faire donner des soins à un malade qui ne peut pas être traité convenablement ailleurs. Il n'y avait donc pas à chercher des limites entre la nécessité de l'interdiction et celle de l'admission dans un asile. Il suffisait d'examiner si les prescriptions de l'article 8 de la loi du 30 juin 1838 avaient été remplies, c'est-à-dire si le malade était aliéné, et s'il était nécessaire de le faire traiter dans un établissement spécial.

Dans le troisième cas du mémoire du Dr Biaute, il s'agit d'un épileptique criminel transféré, après l'expiration de sa peine, du quartier d'aliénés de Gaillon au quartier d'hospice de Nantes. Les beaux-frères du malade avaient adressé une requête au ministre de l'intérieur, alléguant qu'il n'était pas atteint d'aliénation mentale, et prétendant que cette séquestration, arbitraire à leurs yeux, pouvait avoir pour résultat d'occasionner la folie.

M... avait été condamné en 1876 à dix ans de réclusion pour meurtre. Il était déjà épileptique à cette époque et il fut transféré au quartier spécial de Gaillon, en 1878. A l'expiration de la peine (abrégée par grâce), le médecin du quartier d'aliénés de Gaillon délivra le certificat suivant : « Je soussigné, etc., certifie que le nommé M... (Louis) est atteint du délire des persécutions avec agitation maniaque. Il est de plus sujet à des attaques d'épilepsie. Il y a lieu, à sa sortie de la

« maison centrale, de le transférer sur un asile d'aliénés. »

A l'hospice Saint-Jacques, le Dr Biante décrit ainsi l'état actuel :

« M... est un persécuté, dont les ennemis ont tout employé pour causer sa perte et sa mort ; mais il est
« heureusement plus puissant qu'eux : il tient sa force
« de Dieu qui lui parle, qui l'inspire, et qui lui a révélé
« par des signes mystérieux toutes les phases de son
« existence. Il peut tout supporter, car il est plus fort
« que les médecins et que tous les persécuteurs, il peut
« conjurer les effets de l'opium et de l'arsenic. Il attend
« la fin avec confiance, étant assuré que plus il aura
« à souffrir, plus grands seront ses mérites à des distinctions, à la croix, etc. Le délire est donc assez
« caractérisé.

« M... est épileptique, et les crises nerveuses s'accompagnent d'agitation, de perte totale de conscience, de
« récriminations délirantes plus violentes qu'en temps
« habituel. Aussi est-il dangereux, et il menace de
« mort. Ses actes sont d'autant plus à craindre, que le
« délire a pour point de départ les diverses circonstances du crime qu'il a commis : on était jaloux de
« ses bonnes affaires, de sa science dans l'art de guérir
« les maladies réputées incurables. L'homme qu'il a
« tué était venu chez lui pour le tuer, poussé par des
« gens de la commune ; les jurés, les membres du tribunal, les témoins, son avocat lui-même étaient des
« personnes sondoyées et ayant intérêt à le faire condamner. Sa vengeance est à redouter. »

La folie chez M... était héréditaire, sa mère a été folle et épileptique. Dans de telles conditions, la réclamation ne pouvait pas être admise, M... a été maintenu à l'asile.

Le quatrième cas a trait à une dame atteinte de-

délire des persécutions. Le Procureur de la République, au cours d'une procédure en interdiction intentée contre une dame M..., vint plusieurs fois visiter et interroger cette dame, et crut qu'elle ne pouvait ni être interdite, ni être maintenue à l'asile d'aliénés.

M^{me} M... était, par sa naissance, prédisposée à l'aliénation mentale, et les premiers symptômes apparurent après une fièvre typhoïde. Elle fut traitée en 1871 et en 1873, à l'hospice Saint-Jacques, et fut aussi placée à l'asile Saint-Gemmes. C'était une persécutée qui voyait des ennemis partout, non seulement autour d'elle et dans son intérieur, mais encore dans les personnes du dehors et celles qu'elle rencontrait dans la rue. Elle fuyait le domicile conjugal, courait en vagabonde dans la ville et se faisait arrêter par la police. En 1885, le délire, fondé sur des hallucinations et des illusions des sens, persistait, mais, dans la conversation, M^{me} M... savait s'observer et s'appliquait à dissimuler ses convictions erronées.

Le D^r Bianté rapproche cette observation de celle qu'a publiée Marandon de Montyel dans les *Archives cliniques des Annales médico-psychologiques*, en septembre 1886. Comme conclusion, le Procureur de la République n'a pas persisté à demander la sortie, mais l'interdiction n'a pas été prononcée. On peut se demander si, dans ce cas, comme dans celui du malade atteint de paralysie générale, et dont l'observation vient d'être relatée, le magistrat, en pensant que le séjour du malade à l'asile n'était point motivé, ne montrait pas une grande inexpérience des soins à donner aux aliénés.

Le cinquième cas se rapporte à une fille imbécile.

La fille Anne-Marie R... était depuis près de trois mois à l'hospice Saint-Jacques, comme aliénée, quand une dénonciation fut adressée au Préfet et au Procureur

de la République, en signalant la mesure prise comme arbitraire.

L'admission d'office avait été provoquée sur la demande d'un oncle qui avait été désigné comme tuteur. La fille R... était, au moment de la réclamation, âgée de vingt et un ans. La réclamation était formulée par le beau-frère de celui qui avait provoqué le placement à l'asile.

D'après les certificats, au moment de l'admission, la fille R... était atteinte d'imbécillité avec instincts pervers, défaut complet de discernement, ce qui la rendait dangereuse pour l'ordre public et les bonnes mœurs. Elle vagabondait souvent dans les rues de Nantes, et avait eu un enfant avec le fils du parent qui la réclamait; l'enfant avait succombé. Elle était sourde et presque muette. On pouvait difficilement admettre ici une séquestration arbitraire; néanmoins, comme ceux qui la réclamaient s'engageaient à la surveiller, le Préfet ordonna qu'elle leur fût remise. La réclamation était née à la suite de querelles de famille, ce qui en diminue de beaucoup la portée. Un point doit être relevé : La fille R... avait atteint vingt et un ans. Elle était donc majeure. Autrement, il n'eût pas été légal de la remettre en d'autres mains que celles de son tuteur; or, c'était lui précisément qui avait provoqué l'admission à l'asile.

Nous remarquons que, dans les cinq cas faisant l'objet du mémoire du D^r Biaute, le médecin de l'asile n'a jamais été directement mis en cause dans les réclamations, et, néanmoins, dans deux cas, le médecin était chef d'une maison privée, et on aurait pu faire valoir qu'il était intéressé à retenir le malade, ou, tout au moins, avait mis de la complaisance à recevoir un pensionnaire. Le médecin qui avait délivré le certificat d'admission ne paraît pas non plus avoir été l'objet d'imputations fâcheuses. Les adversaires de la loi du 30 juin 1838 ne

pourraient tirer de tous ces faits aucun argument en leur faveur, et nous sommes heureux de le constater.

Nous terminerons notre revue par l'examen d'une affaire d'interdiction qui a soulevé, dans le public de la ville de B..., des appréciations différentes et, par là, se rattache à notre sujet d'aujourd'hui. Une vieille dame, âgée de près de quatre-vingt-cinq ans, veuve, ayant perdu ses enfants, et possédant une petite fortune acquise par le travail de son mari et de ses enfants, s'était brouillée avec ses neveux. Elle ne se cachait pas pour dire qu'elle les déshériterait, et laisserait aux pauvres ce qu'elle possédait. En même temps elle avait des allures étranges; elle se plaignait d'être volée, elle changeait à chaque instant de logement parce qu'elle ne pouvait pas s'accorder avec son propriétaire, enfin, elle avait reçu la visite d'un agent d'affaires d'une moralité douteuse. Ses neveux se décidèrent à déposer une demande en interdiction. La situation politique de l'un des neveux donna à l'affaire un certain relief, et les adversaires politiques ne manquèrent pas de proclamer que les neveux agissaient dans un but intéressé, non par affection pour leur tante, mais uniquement pour accaparer la succession en rendant leur tante inhabile à tester, et en privant les pauvres de la ville d'une donation généreuse. Au cours de la procédure, le tribunal ordonna une expertise médicale, et je fus commis à cet effet, avec les docteurs Gelly et Virlet. Les griefs relataient les faits suivants : Peu de temps après la mort de son mari, M^{me} A... aurait fait faire au parquet, par un de ses neveux, une dénonciation, accusant une domestique d'avoir soustrait des sommes importantes. La plainte fut reconnue mal fondée, et les objets soi-disant volés auraient été retrouvés au domicile de M^{me} A... Quelque temps après, elle aurait accusé de vol une dame de ses amies, chez laquelle elle

avait été passer quelques jours. — Alors qu'elle changeait d'appartement, un déménageur aurait trouvé dans les ordures un titre de rente. Ce titre aurait été remis à un des neveux de M^{me} A... qui, après que le titre lui eut été rendu, accusait son neveu d'avoir dérobé divers objets. — Brouillée avec sa famille, elle avait lié des relations avec les locataires d'un appartement voisin du sien. Ces personnes l'auraient aidée dans la gestion de ses affaires, et lui auraient fait remplacer des valeurs véreuses par de la rente sur l'État. Elle se plaignait d'avoir été volée par ces personnes. — Dans une autre circonstance, elle serait venue faire une scène chez un de ses neveux, accusant sa nièce d'être une voleuse, de prendre l'argent, les valeurs, les dentelles, et de les rapporter quand on s'était aperçu de la soustraction ; elle aurait, pour ce motif, surnommé sa nièce la « fée ». — Suivaient, en outre, une série de griefs présentant entre eux la plus grande analogie, et pouvant se résumer en peu de mots. M^{me} A... accusait les personnes avec lesquelles elle était en rapport de soustraire son argent et ses valeurs. Elle ne prenait pas les précautions nécessaires pour assurer la conservation de ses titres de rente. Elle touchait des rentes, et prétendait ensuite ne pas les avoir touchées. Enfin, elle avait des idées étranges, telles, par exemple, celle d'envoyer au Procureur de la République le portrait du prince impérial.

L'expertise avait été ordonnée à la suite de l'interrogatoire en chambre du conseil ; M^{me} A..., sachant qu'il était question de son interdiction, avait été consulter un avocat, et ce dernier avait recommandé à sa cliente de se montrer très réservée dans ses réponses aux magistrats. M^{me} A... n'avait pas tenu compte de ce conseil, elle s'était présentée comme presque ruinée, volée de tous côtés, et quand on lui avait présenté la photogra-

phie du prince impérial envoyée par elle au Procureur de la République, elle était entrée dans une série de divagations.

Pour procéder à l'examen direct qui était prescrit, nous nous présentâmes chez elle sous prétexte de visiter les meubles curieux qu'elle possédait. Quoique le jugement ordonnant l'expertise lui eût été signifié, elle nous accueillit sans paraître se douter que nous étions chargés de l'examiner, et nous pûmes constater, en dehors des idées de persécution relatées dans les griefs et que son récit nous confirmait, un notable affaiblissement de l'intelligence et surtout de très graves lacunes dans la mémoire. Nous avons conclu en disant : M^{me} A... est atteinte de démence sénile, caractérisée par la perte partielle des facultés intellectuelles, morales et affectives, et par la fausse conviction qu'elle est victime de vols importants. Cet état est un des cas prévus par l'article 489 du Code civil pour prononcer l'interdiction.

L'affaire fut plaidée en audience publique et devant un public manifestement hostile à ceux qui poursuivaient l'interdiction. L'avocat put en profiter pour attaquer son ennemi politique. Le système employé pour combattre nos conclusions et montrer que nous nous étions trompés mérite d'être relaté. L'avocat disséqua en quelque sorte notre rapport, en montrant qu'aucun des faits sur lesquels nous nous étions appuyés n'avait de valeur. Pour montrer la perte partielle de la mémoire, nous avions cité des lacunes, des erreurs grossières de dates. Reprenant chacun de ces exemples, l'avocat ajoutait : doit-on interdire celui qui ne sait pas que tel fait a eu lieu à telle date ? Il expliquait la conviction erronée qu'elle était volée, en exposant qu'on peut, tout en étant sain d'esprit, ne pas avoir confiance en sa bonne. Démontrant ainsi que les faits isolés pris

en eux-mêmes n'avaient pas de valeur, il arrivait à cette déduction que nos conclusions ne reposaient sur aucun fondement. La réponse de la partie adverse fut que nous nous étions appuyés, non sur un fait isolé dont la signification pouvait être contestée, mais sur un ensemble de faits qui, par leur réunion, acquéraient une valeur indiscutable.

Le tribunal prononça l'interdiction. L'affaire fut portée en appel, et la Cour confirma purement et simplement le jugement d'interdiction. Quelques mois après, M^{me} A... ne pouvant plus être gardée à domicile fut conduite dans une maison de santé à Paris. Le D^r Motet, qui l'examina, constata qu'elle était atteinte de démence sénile très avancée, et elle mourut peu de temps après.

Il y eut un épilogue assez curieux. Au cours de notre examen, M^{me} A... nous avait confié qu'elle avait déposé un testament chez un notaire. Nous n'avions ni à vérifier l'exactitude de ce dire, ni à rechercher la validité d'un acte que nous ne connaissions pas, et dont nous ignorions la date précise. Nous nous serions, d'ailleurs, écartés de notre mandat en recherchant si l'acte avait été fait dans un des intervalles lucides admis par la loi.

Après la mort de M^{me} A..., le testament fut produit. Ce testament était antérieur de peu de temps à l'interdiction; M^{me} A... légua sa fortune à la ville de B... en vue d'une institution charitable. Le testament, après quelques hésitations, ne fut pas attaqué par la famille. Au moment où nous avons examiné M^{me} A..., l'état mental justifiait parfaitement l'interdiction, et ensuite, l'internement dans une maison de santé n'a soulevé aucune protestation, M^{me} A... était certainement en état de démence quand elle a fait son testament. Nous avons même lieu de croire qu'elle a obéi, en le déposant,

à des suggestions étrangères. Mais l'acte en lui-même était logique. M^{me} A... n'ayant pas de très proches parents, avait toujours parlé d'attacher le nom de son mari et de ses fils, auxquels elle devait sa petite fortune, à une œuvre de bienfaisance, et elle était fort irritée de la procédure d'interdiction.

Il nous a paru intéressant de signaler ce cas d'un testament fait en état de démence manifeste, au cours d'une procédure d'interdiction, et admis sans contestation.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1887.

Présidence de M. MAGNAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. le Dr Bettencourt-Rodrigues, nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de M. le Dr Soutzo, rappelant sa candidature au titre de membre associé étranger. Renvoyée à une commission composée de MM. Semelaigne, Christian et Falret, rapporteur.

3° Une lettre de réclamation de M. Catsaras d'Athènes, membre associé étranger, dans laquelle il maintient, à propos d'un cas de curabilité de la sclérose en plaques, le diagnostic mis en doute en raison de l'âge du sujet, par M. Magnan, dans le rapport qu'il a fait sur sa candidature (*V. Ann. méd.-psych.*, numéro de janvier 1887, p. 120). M. Catsaras rappelle d'abord que la sclérose en plaques est une maladie surtout de la jeunesse ou de la première moitié de l'âge adulte et que, par conséquent, la raison de l'âge, loin d'ébranler, confirme au contraire le diagnostic. D'ailleurs, en présence d'un tableau clinique constitué par des vertiges, du tremblement pendant les mouvements intentionnels, du nystagmus, des paralysies associées des yeux, de la paralysie de la convergence, de l'insuffisance du droit interne, du regard vague et spécial, des symptômes spasmodiques, des accès apoplectiformes et épileptiformes avec les symptômes psychiques, en pré-

sence enfin de cette marche rémissionnelle si originale, il est impossible de ne pas poser d'une façon certaine le diagnostic sclérose en plaques. M. Catsaras termine sa lettre en annonçant que le malade en question a vu, depuis trois ans et deux mois, disparaître *tous* les symptômes du tableau précédent et que sa guérison doit, par conséquent, être considérée comme complète et définitive.

La Société a reçu les ouvrages suivants :

- 1° *Les convulsionnaires de Namur* ; par A. B. V.
- 2° Une brochure intitulée : *Non « origine », ma una leggà negletta dei fenomeni psichi* ; par le D^r Rigalia ;
- 3° *Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes, pendant l'année 1886* ; par le D^r Biate ;
- 4° Le compte rendu de l'inauguration de la statue de Guislain, à Gand ;
- 5° Les *Annales médico-chirurgicales* du D^r Martineau.

M. MOTET dépose sur le bureau, de la part de M. le D^r Vétault, une thèse intitulée : « *Etude médico-légale sur l'alcoolisme* ».

M. LARROQUE offre à la Société un travail sur l'*Erysipèle et sa contagion*.

M. DELASIAUVE appelle l'attention sur la situation d'un aliéné traité dans un asile, à l'étranger, et échange, à ce sujet, quelques explications avec M. Paul Garnier.

Mort de M. V. Bigot.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, depuis notre dernière réunion, la Société a fait une perte des plus sensibles, notre collègue, M. Bigot, directeur de l'asile de Vaucluse, est mort le 24 septembre dernier à Orsay où il était venu trop tard chercher un repos depuis longtemps nécessaire.

Je suis certain d'être l'interprète de vos sentiments en exprimant ici les vifs regrets qu'il laisse parmi nous. Nous connaissions tous, en effet, l'élévation de son cœur, nous savions qu'il était un médecin consciencieux et dévoué, et dès le début de sa carrière, enrôlé dans le

corps de nos distingués confrères de la marine, il était allé pour le service de la patrie, contracter dans un climat inhospitalier, les germes de la cruelle maladie à laquelle il a succombé. Malgré sa fatigue, malgré les défaillances de sa santé, il avait consacré à l'asile de de Vaneluse, tout ce qui lui restait de force et d'énergie.

Le Dr Bigot était un savant, savant modeste, mais qui avait su aborder, non sans éclat, les problèmes les plus arides de la psychiatrie et « ses périodes raisonnantes de l'aliénation mentale » sont une œuvre de fine observation et d'inecontestable talent.

Encore une fois, au nom de la Société, je rends hommage à la mémoire de notre regretté collègue.

Un cas de morphinomanie se terminant brusquement par la mort.

M. BALL. — Messieurs, je viens vous communiquer l'observation d'un cas de morphinomanie, qui s'est brusquement terminé par la mort, pendant la convalescence.

Une jeune femme de vingt-cinq ans, hystérique depuis longtemps, avait contracté l'habitude des piqûres de morphine depuis un grand nombre d'années. Après des tentatives infructueuses et souvent répétées, elle entra volontairement dans le service de la clinique à l'asile Sainte-Anne pour se guérir de ses habitudes.

Au moment de son entrée dans le service, elle prenait (26 mai 1887) un gramme de chlorhydrate de morphine par jour.

Selon le désir de la malade, on tentait d'abord la suppression immédiate et complète : mais au troisième jour, on vit se produire subitement tous les accidents du collapsus. Une piqûre de morphine, aussitôt pratiquée, vint conjurer les accidents.

A partir de ce moment on eut recours à la suppression progressive et graduée. La dose journalière, fixée d'abord à 30 centigr., fut diminuée de 1 centigr. par jour.

Pour combattre l'insomnie et l'agitation, l'on administra des lavements de bromure de potassium et de chloral, à la dose de 1 gramme ; enfin, pour soutenir les

fonctions circulatoires, on prescrivit le sulfate de spartéine à la dose de 20 centigr. par jour.

Au quarante-deuxième jour, la morphine était complètement supprimée. La malade paraissait jouir d'une santé régulière. Elle présentait cependant quelques accidents hystériformes et surtout une tendance syncopale qui a dû deux fois être combattue par des piqûres de morphine.

Le 10 juillet, la suppression de la morphine était complète. Les injections de spartéine avaient été discontinuées et le pouls, à ce moment, était normal.

Pendant douze jours, la santé n'a pas été troublée. La veille de la mort, la malade a passé une très bonne journée : elle était gaie, elle chantait, se promenait et causait avec ses voisines.

Le 23 au matin, elle se lève à cinq heures ; elle déjeune de bon appétit et va se promener au jardin. Vers neuf heures et demie, elle rentre et demande à se recoucher, se plaignant d'avoir froid.

Quelques instants plus tard, les voisines entendent un gémissement étouffé et sont frappées par l'expression sinistre de la physionomie de la malade. On appelle immédiatement la surveillante, qui la trouve en état de collapsus et en proie à une dyspnée effroyable. De nombreuses piqûres de morphine furent immédiatement pratiquées, mais la mort ne tarda point à survenir.

L'autopsie d'une femme jeune, vigoureuse et qui n'offrait, à part la morphinomanie et l'hystérie, aucune maladie antérieure, ne devait pas offrir de nombreuses lésions. La plupart des organes étaient à l'état sain.

L'examen des centres nerveux (cerveau, bulbe, moelle épinière) n'a révélé aucune lésion sérieuse, sauf un peu de congestion du bulbe.

Mais le fait capital de cette autopsie a été la constatation de la présence de la morphine dans les principaux viscères et surtout dans le foie.

La quantité de morphine trouvée dans ce dernier organe était extrêmement considérable.

Nous ne croyons pas devoir relater ici les procédés employés pour cette analyse : nous les relaterons plus tard dans un mémoire spécial.

Mais le fait capital qui paraît ressortir de ces consta-

tations, c'est que même après plusieurs jours d'une abstinence complète, il reste encore de la morphine dans les viscères ; et la présence de ce poison pourrait expliquer par une sorte d'auto-intoxication, les accidents tardifs qui s'observent quelquefois longtemps après la cessation de l'abus.

Il résulte au moins une conséquence pratique de ces données : c'est que les toniques du cœur jouent un rôle des plus importants dans le traitement de la morphinomanie, et qu'il faut les continuer longtemps après la suppression complète des piqûres.

Du délire chronique (suite).

M. CHARPENTIER fait sous le titre : *Des idées morbides de persécution* la communication suivante.

SOMMAIRE. — Mémoire de Lasègue sur le délire de persécution et les travaux qui l'ont suivi. — 1^{er} groupe. Idées morbides de persécution pouvant aller jusqu'au délire d'origine traumatique ou chirurgicale. — 2^e groupe. Idées de persécution pendant et après les maladies aiguës. — 3^e groupe. Persécutés à idées délirantes empruntées à des rêves. — 4^e groupe. Idées de persécution dont la manifestation délirante simule l'ivresse. Les fausses ivresses. — 5^e groupe. Les mélancoliques anxieux qui deviennent persécutés ; les auto-persécutés. — 6^e groupe. Persécutés congestifs, pléthoriques à tempérament sanguin. — 7^e groupe. Persécutés arthritiques, à forme mélancolique, torpide. — 8^e groupe. Persécutés avec hallucinations et délire systématisé. 1^{re} variété. Persécutés sensoriels ; 2^e variété. Persécutés psychiques ; 3^e variété. Persécutés psycho-sensoriels. — 9^e groupe. Persécutés qui aboutissent à la mégalomanie ; persécutés à variété chronique.

Messieurs, le grand mérite de Lasègue est d'avoir, dans son mémoire de 1852, réuni sous le nom de délire de persécution un grand nombre de malades entrevus par les observateurs précédents et confondus avec les mélancoliques et les monomanes.

La création de ce délire pour lequel M. le professeur Ball nous proposait avec justice le nom de délire de Lasègue, marque une grande étape dans notre science spéciale et a suscité les travaux si bien appréciés de M. Falret et de Legrand du Saulle.

Cependant Lasègue ne comprenant pas sous ce nom

tons les persécutés, fit une place à part pour le persécuté alcoolique.

Legrand du Sanlle consacrait aussi des pages importantes aux idées de persécution chez les imbéciles, les vieillards et les épileptiques et, plus tard, chez les hystériques. M. Falret et M. Motet avaient aussi fait ressortir les idées de persécution dans le petit mal, dans le grand mal intellectuel et dans le délire consécutif aux accès convulsifs. M. Foville signalait à son tour les persécutés aux idées de grandeur consécutives et plus récemment les aliénés migrants. Une thèse médico-légale de Maret divisait en trois groupes les persécutés comme non dangereux, dangereux pour eux-mêmes seulement, et dangereux à la fois pour eux et pour autrui.

M. Maguan et ses élèves MM. Saury, Legrain insistaient sur le délire des persécutions chez les dégénérés, délire que M. Maguan distinguait avec d'autres élèves, MM. Garnier, Gérente et Briand, du délire chronique, en même temps qu'ils isolaient ce dernier du délire de Lasègue.

M. Pottier, sous l'influence de M. Falret, reprenait les aliénés persécuteurs de Lasègue pour en faire des persécutés héréditaires. M. Maguan, puis MM. Dericq, Pichon signalaient, sous le nom de délires multiples, d'autres modifications du délire de persécution. Le professeur Ball avait esquissé le délire du soupçon; MM. Rey et Rougier avaient publié des délires de persécution chez les ataxiques; on avait également signalé le même délire dans la paralysie générale et dans la paralysie agitante.

Le même mouvement analytique s'opérait également chez les médecins praticiens et bien des fois nous leur avons entendu dire : « Mon malade est bien un persécuté, ce n'est pas un alcoolique; mais, ce n'est pas un persécuté comme le décrit Legrand du Sanlle; il a plutôt des idées que du délire de persécution, c'est pourquoi je me demande s'il doit être enfermé. »

Cette expression, idées de persécution, s'imposait tellement que notre savant secrétaire général, M. Ritti, dans son article si complet du dictionnaire, a jugé à propos de consacrer quelques pages à ces idées de persécution, pages trop courtes à notre avis, mais dont la

brèveté s'explique en raison du développement nécessité par le délire de persécution proprement dit.

La pensée philosophique qui se dégage de l'évolution de ces travaux successifs est que l'esprit d'analyse, commencé d'ailleurs par Lasègue lui-même, a été de plus en plus appliqué aux idées morbides et au délire de persécution. Un tel travail analytique pourra peut-être porter atteinte à l'œuvre même du maître, mais non à la valeur de l'aurore qui se jugera toujours d'après les temps où elle s'est produite, l'immense crédit qu'elle a rencontré et le mérite de celui qui l'a créée.

Les travaux de démembrement du mal de Bright n'ont jamais fait douter de la valeur du médecin anglais ; l'analyse qui a permis de distinguer des éirrhoses, n'a fait que mieux mettre en relief l'œuvre de Laënnec ; l'étude de la phthisie pulmonaire n'a fait que profiter des efforts d'unification ou de dissociation dont elle a été l'objet tour à tour.

Un certain nombre de faits que nous avons observés, nous ont paru se prêter à des groupes nouveaux en raison tantôt d'une particularité d'étiologie commune, tantôt en raison de l'association des idées morbides de persécution à d'autres symptômes.

Nous disons idées morbides parce que nous croyons aux idées de persécution non pathologiques ; un homme sain d'esprit peut être persécuté réellement. Si de telles idées n'entraînent aucune modification déraisonnable de la conduite, de la pensée, des sentiments, si ce sont des idées vraies, exactes, elles doivent être distinguées des idées morbides. En remarquant que les idées de persécution qui se produisent chez des fats ou vaniteux à l'occasion d'insuccès ou de déceptions mérités, mais dont ils ne comprennent pas les raisons, nous signalons un premier degré d'idées de persécution qui, pour nous, est d'autant plus important qu'elles sont parfois les premiers ou les seuls signes révélateurs d'une infériorité cérébrale. De telles idées ont déjà à nos yeux un caractère pathologique et constituent des idées morbides de persécution.

Ceci posé, passons aux différents groupes que nous vous demandons, Messieurs, la permission de vous soumettre.

PREMIER GROUPE. — *Idées morbides de persécution, pouvant aller jusqu'au délire, d'origine traumatique ou chirurgicale.*

Dans trois accouchements, au moment de l'expulsion du fœtus et chez un malade de notre service pendant la réduction d'une hernie par le taxis, nous avons vu les malades, en proie à la terreur, se livrer à des imprécations contre des individus imaginaires qui les menaçaient. Dans les quatre cas il y avait eu hallucinations de la vue, mais non de l'ouïe ; le délire avait duré une minute, les malades s'en souvenaient et en riaient. Tout est rentré dans l'ordre : aucune substance toxique, aucun alcool n'avait été consommé. Chez les trois accouchées, aucun antécédent personnel, ni de famille ; l'une d'elles en était à sa quatrième couche et n'avait rien présenté de semblable dans les précédentes. Notre malade à la hernie était un dégénéré à vertiges, attaques et délire épileptique, déjà deux fois séquestré, mais qui, dans notre service, n'a jamais présenté ni délire, ni attaques ; les vertiges sont très fréquents et l'intelligence baisse progressivement.

Nous avons retrouvé chez sept malades déjà vers la démence les idées de persécution avec ou sans hallucinations, avec systématisation incomplète ; dans ces sept cas, les antécédents de famille ou personnels étaient négatifs ; trois seulement étaient buveurs ; les idées de persécution s'étaient développées dans les six premiers mois après les accidents consécutifs à des éboulements, écrasement, chutes de hauteur élevée, sans lésions traumatiques constatées du crâne ni de la face, sans évanouissement, sans amnésie consécutive.

Nous avons vu l'an dernier, une femme de cinquante-deux ans, opérée d'ovariotomie depuis six mois par M. Nicaise, sans antécédent personnel ni héréditaire ; succès opératoire sans délire ni complication nerveuse ; quatre mois après l'opération, la malade fut prise de troubles mélancoliques à forme anxieuse avec hallucinations de l'ouïe, puis d'idées délirantes de persécution ; elle se lamentait d'abord jour et nuit, s'écriait qu'elle était perdue, qu'elle allait mourir, qu'elle était condamnée ; puis elle ne voulut plus sortir de chez elle

parce que au dehors on lui disait des injures ou on lui faisait des grimaces ; des voix diverses l'insultaient la nuit ; elle accusait son mari et sa fille de vouloir se débarrasser d'elle. Sous l'influence du chloral, le sommeil revint, les inquiétudes et hallucinations devinrent plus rares, puis disparurent ; elle put s'occuper de son ménage, toutefois elle ne veut pas encore sortir de chez elle, preuve qu'elle n'est pas encore guérie.

Les chirurgiens doivent avoir l'occasion de rencontrer des cas de ce genre, mais en dehors du délire aigu des opérés, la littérature est peu riche à ce sujet. Dans les cas où de tels malades auraient des antécédents nerveux, personnels ou héréditaires, il y aurait lieu de reprendre les idées du professeur Verneuil pour le compte de la diathèse névropathique qui, comme les autres diathèses, pourrait se réveiller sous l'influence du traumatisme.

DEUXIÈME GROUPE. — *Des idées de persécution pendant et après les maladies aiguës.*

Pendant l'état aigu, soit sous l'influence de la température, soit sous l'influence des autres facteurs de la fièvre, les idées de persécution, par leur mobilité, par les hallucinations terrifiantes de l'ouïe et surtout de la vue qui les accompagnent, par l'ineohérence et la vivacité du langage qui les exprime, se rapprochent des mêmes idées morbides du delirium tremens et du délire aigu, celui-ci reliant au point de vue du délire les maladies pyrétiqnes ou infectieuses aignës aux délires d'intoxication et surtout au délire alcoolique.

Dans la convalescence des maladies aiguës, les idées de persécution qui constituent parfois le délire constitutif, sont ordinairement peu vives, peu nettes, liées à des hallucinations de la vue ou de l'ouïe que les malades ne précisent pas ou précient mal. Elles s'effacent assez facilement sous l'influence d'une conversation modérément soutenue, mais reparaissent surtout le lendemain au réveil avec une certaine ténacité, alimentées qu'elles sont par des rêves dus à un sommeil incomplet ou insuffisamment réparateur ; elles sont associées ordinairement à des manifestations hypothermiques du côté des téguments, à un fond de torpeur et

de mélancolie, parfois à des idées de grandeur ; nous ne les avons jamais vues atteindre la systématisation ; elles ont parfois le caractère niais et enfantin de la paralysie générale à laquelle nous les avons vues aboutir après un érysipèle et aussi un rhumatisme articulaire prolongé ; le plus souvent elles disparaissent sans laisser de traces ; nous ne les avons vues persister et dans ces cas avec des variations d'intensité que si une tuberculose rapide venait compliquer la convalescence, ce qui n'est pas très rare.

Il y a quelques années, nous recevions à notre consultation une malade qui nous tint à peu près le langage suivant : « Je viens de chez mon huissier qui m'a dit qu'il allait m'intenter un procès, parce que ma bonne lui a dérobé douze tabliers. » Le récit continua, étant toujours aussi invraisemblable ; la voix était brève, le regard injecté, les mains tremblantes ; nous tâtons le pouls, il était plein, fréquent, la peau brûlante, la langue sèche, la malade échauffait ; nous consultons la poitrine : râles crépitants aux deux bases. Nous faisons recueillir la malade avec une prescription, le lendemain tout délire avait disparu, le côté droit était dégagé, la base gauche était le siège d'une pneumonie laquelle a évolué normalement et sans retour du délire.

Il y a deux ans, nous fûmes appelé par M. le Dr Landois, du 11^e arrondissement, pour un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu avec endocardite constatée par M. Constantin Paul quelques jours avant notre arrivée. Nous trouvons le malade avec un rhumatisme au déclin ; endocardite disparue ; grosses jointures encore endolories ; pouls encore plein sans grande fréquence ; faciès calme ; seules les articulations métacarpo-phalangiennes des deux index étaient encore chaudes, rouges, tuméfiées et douloureuses. Depuis quatre jours, le malade s'inquiétait d'une maison de campagne qu'il n'avait pas, contenant un million imaginaire renfermé dans un coffre-fort, dont les malfaiteurs avaient forcé la serrure en emportant le contenu pendant la nuit ; il avait vu et entendu les voleurs, avait fait prévenir la gendarmerie qui les avait arrêtés. Le malade nous fit lui-même ce récit avec un grand calme ; il savait qu'il avait des ennemis qui lui en voulaient et avaient indiqué

le siège de ses valeurs. Quand nous lui faisons observer la difficulté qu'il y avait à être au lit depuis quinze jours à Paris eloué par un rhumatisme et en même temps d'être à la campagne sur la défensive, il restait quelque temps songeur, poussait quelques soupirs, puis nous reprenait son récit avec d'autres détails à l'appui. Six jours plus tard, les manifestations rhumatismales et délirantes avaient disparu, mais laissant une faiblesse intellectuelle telle que le malade ne se préoccupait pas de ses affaires assez compromises à cette époque. Depuis il a guéri, mais il mène une vie irrégulière.

Ce malade n'avait pas d'antécédents héréditaires d'ordre mental ou nerveux ; il n'avait pas d'autres antécédents personnels que l'usage des boissons alcooliques, sans ivresse, ni intoxication ; en tout cas, pendant son rhumatisme, aucune manifestation somatique de l'alcoolisme ; d'ailleurs, son délire calme n'en avait pas la physionomie.

Quelle influence avait le rhumatisme ? nous ne saurions le dire. Toujours est-il que manifestations rhumatismales et délirantes ont disparu en même temps. Fallait-il penser à une paralysie générale ? Mais, sauf une certaine lenteur de la parole et les idées du million, rien autre n'y pouvait faire songer ; d'ailleurs, le malade vit encore et n'offre aucun symptôme de cette maladie. Y a-t-il en un rêve morbide laissant son empreinte sur un cerveau affaibli et par suite incapable de distinguer le rêve de la réalité ? Nous sommes tenté d'y croire et c'est à ce titre que nous avons rapporté ce cas, d'autant qu'il nous sert de chaînon intermédiaire pour le :

TROISIÈME GROUPE. — *Persécutés à idées délirantes empruntées à des rêves.*

Nous avons observé quelques aliénés persécutés dont le délire, ordinairement plus manifeste le matin ou ayant souvent revêtu le matin une empreinte nouvelle, nous a paru en relation avec des rêves de la nuit précédente, rêves en rapport avec la nature du délire de ces malades, venant le corroborer par quelque impression nouvelle et le fortifier d'autant.

MM. Féré et Chaslin ont rapporté des faits à l'ap-

pui de l'influence du rêve sur le délire, et nous croyons qu'un certain nombre de persécutés peuvent extraire de toutes pièces leurs idées morbides de rêves dont ils se souviennent plus ou moins, sans être capables d'en dé mêler la fausseté, le rêve troublant la mémoire de ces malheureux.

Si de tels persécutés existent, ils relèvent nécessairement de la thérapeutique en raison des rapports fréquents des troubles du sommeil avec la nutrition générale.

Nous avons eu remarquer chez de tels malades les détails suivants :

Ces malades ont le réveil pénible, voudraient le prolonger, sont courbaturés le matin avec enduit saburral de la langue qu'il s'empressent de constater dans une glace au saut du lit ; dans la journée, ils ont une grande tendance à dormir ; certains qui le peuvent faire restent trois, quatre, huit jours au lit, se levant seulement pour prendre leurs repas, car leur appétit n'est pas perdu. Ils recherchent, à l'encontre d'autres persécutés, le médecin pour lui exprimer leurs idées délirantes et quoiqu'ils les manifestent avec un langage ferme et convaincu, une certaine inquiétude de leur regard indique que leur conviction est moins nette qu'ils ne le disent ; ils cèdent d'ailleurs plus facilement que les autres aux dénégations et aux raisonnements pourvu que ceux-ci soient exempts de railleries ; leurs idées de persécution sont toujours moins nettes et plus calmes après les nuits de vrai sommeil. La mémoire chez eux est moins fidèle que chez les autres persécutés, même pour les faits ou rêves qui alimentent leur délire, mémoire au contraire la dernière à se perdre chez les autres persécutés.

Beaucoup d'entre eux, mais non tous, sont tributaires des excès alcooliques, alors même qu'ils n'offrent pas toujours les symptômes de l'intoxication.

QUATRIÈME GROUPE. — *Fausse ivresses ; idées de persécution dont la manifestation délirante simule une ivresse.*

La malade à la pneumonie dont nous venons de vous entretenir avait immédiatement éveillé en nous l'idée de libations alcooliques en état d'activité ; l'exa-

men clinique ne nous permet pas de nous arrêter à cette idée, mais s'il n'eût pas été fait, il eût été difficile de s'y soustraire.

L'erreur que nous avons failli commettre ne doit-elle pas avoir lieu à l'occasion d'un examen incomplet ou non méthodique, ou sous l'influence d'idées préconçues ? C'est un exemple de fausses ivresses faciles à induire en erreur dans une clientèle surchargée ; mais notre malade ne répond pas au tableau que nous voulons vous présenter.

Nous avons constaté des idées morbides de persécution chez des malades qui pendant la manifestation de ces idées présentaient comme caractéristique une odeur infecte, repoussante de l'haleine avec excitation plus ou moins marquée ; les certificats antérieurs de ces malades, dont quelques-uns habitent l'hôpital depuis plus de cinq ans ou ont été plusieurs fois séquestrés, portent ou délire alcoolique, ou excitation maniaque, ou affaiblissement intellectuel avec idées confuses de persécution et de grandeur.

Plusieurs d'entre eux ont toujours été sobres, mais gros mangeurs par accès ; certains de nos malades observés n'avaient pu se procurer de boissons alcooliques et depuis très longtemps n'avaient pris ni bromure, ni opium, ni éther, ni chloral, ni aucun alcool thérapeutique.

L'odeur toute particulière ne tenait pas à la malpropreté, car nous l'avons observée chez des malades soigneux de leur personne ; cette odeur était distincte de celle de l'aldéhyde, de l'alcool méthylique, de l'acétone, de l'acide oxy-butyrique, de l'ammoniaque, car nous avons pris soin de nous faire préparer des flacons de ces différentes substances pour nous rendre l'erreur plus difficile ; les idées délirantes apparaissaient brusquement, mais aucun d'eux n'était ni épileptique, ni vertigineux ; elles étaient confuses, tumultueuses, assez incohérentes, ne paraissaient pas se rapporter à des rêves ; ces idées étaient ou non mêlées d'idées de grandeur.

Nous avons vu dans les mêmes conditions les idées de grandeur sans idées de persécution. Ces idées sont accompagnées ou non d'hallucinations parmi lesquelles

prédominant celles du goût et de l'odorat, et les troubles de la sensibilité générale; ces malades étaient animés, s'emportaient facilement et arrivaient vite aux voies de fait. Ils avaient l'air aviné, la parole embarrassée, trébuchant comme en état d'ivresse, la langue toujours fortement chargée avec empreinte très manifeste des dents sur le bord épaissi de l'organe, mais sans morsure ni excoriations; il y avait élévation de la température et fréquence du pouls qui disparaissaient avec les idées délirantes entre deux et cinq jours.

Les urines ne nous ont rien présenté au point de vue de sucre ni de l'albumine. Certains d'entre eux avaient des antécédents héréditaires, mais ce détail était loin d'être constant; presque jamais les syndromes épidémiques des dégénérés. Nous nous sommes demandé si nous n'étions pas en présence d'une de ces auto-intoxications analogues à celles qui ont été désignées sous le nom d'urémie. Nous n'avons pas fait d'expériences avec les urines de ces malades. Les éméto-cathartiques, les purgatifs drastiques nous ont ordinairement donné des résultats satisfaisants.

Rappelons que le professeur Bouchard est porté à attribuer l'odent des aliénés mélancoliques aux troubles de la nutrition. Nous ne décrirons ici ni les fausses ivresses des diabétiques, ni non plus celles des épileptiques.

CINQUIÈME GROUPE. — *Les mélancoliques anxieux qui deviennent persécutés; — les auto-persécuteurs.*

Ce groupe comprend des malades dont les idées de persécution sont toujours consécutives et sont précédées de mélancolie anxieuse. D'ailleurs, ces malades ont fixé l'attention des aliénistes; ils présentent déjà dans la période de mélancolie anxieuse les troubles de la sensibilité générale et les hallucinations. S'ils ne sont pas encore persécutés et s'ils ne persécutent pas les autres, quoique par leurs plaintes et leurs idées de suicide ils soient aussi incommodes que les vrais persécutés par leurs accusations et leurs menaces d'homicide, il faut convenir que ces mélancoliques anxieux se persécutent eux-mêmes, d'où le nom d'auto-persécuteurs que nous

leur proposons pour indiquer leur degré de parenté; il nous a semblé que chez ces malades la phtisie pulmonaire était plus fréquente que chez d'autres groupes de persécutés; si notre conception était fondée, il y aurait lieu de rapprocher de ce groupe, mais sans confondre le délire du soupçon chez les phtisiques. Nous n'avons pas encore observé un seul cas de guérison de délire de persécution consécutif à la mélancolie anxieuse. Les idées de persécution chez ces malades n'ont aucune caractéristique, sauf celle qui est empruntée à la succession des idées de persécution après les troubles mentaux de la mélancolie anxieuse. L'état émotionnel si pénible de la première période persiste souvent lors de l'apparition et pendant le cours du délire de persécution.

SIXIÈME GROUPE. — *Persécutés congestifs pléthoriques à tempérament sanguin.*

Les idées de persécution dans ces conditions se rencontrent dans les deux sexes; chez les femmes, elles ne sont pas rares aux périodes menstruelles ou à la ménopause; nous ne les avons jamais observées pendant la grossesse, ni après l'accouchement, ni pendant la lactation.

Nous ne faisons que rappeler le cerveau de Sandoz chez lequel le regretté Liouville trouvait de petits foyers hémorragiques multiples de date différente, correspondant en quelque sorte à chacune des crises cérébrales du malheureux persécuté; la fréquence des étourdissements chez les persécutés a été aussi souvent constatée que les lésions cérébrales d'origine hémorragique.

Nous croyons que l'attention mérite d'être fixée sur ces persécutés congestifs : 1° parce que nous pensons qu'il y a un parallèle entre ces troubles congestifs quand ils s'opèrent sur les centres cérébraux et les idées délirantes; 2° parce que cette congestion permet de faire rechercher une indication thérapeutique; 3° parce que l'explosion subite de leur délire, sa marche anormale, ses poussées irrégulières peuvent faire confondre soit avec un délire des dégénérés, soit avec un délire intermittent.

Les congestifs dont nous parlons sont de constitution robuste, souvent de haute stature, en tout cas au corps bien pris, aux muscles fermes. Ils ont le visage coloré, la voix haute, les yeux saillants souvent larmoyants le matin et quand ils s'animent. Au point de vue du caractère, même avant l'apparition des idées morbides, ils sont colériques, violents, emportés, en tout cas expansifs; ils sont souvent francs, généreux, grands parleurs et vantards, ordinairement très émotifs. Au point de vue des habitudes, très travailleurs ou du moins très remuants, en même temps que grands buveurs et surtout gros mangeurs; ils supportent bien les boissons alcooliques.

Souvent leur délire ne s'accompagne pas des troubles mentaux spéciaux à l'alcoolisme, ni des troubles somatiques de cette intoxication. Le début est presque toujours un accès de colère, un étourdissement avec ou sans perte de connaissance, ou une excitation maniaque plus ou moins franche, à durée variable. L'influence excitante d'une réunion, d'une société ou de nombreux convives est fréquemment une cause occasionnelle de leur délire.

Souvent chez les persécutés de notre service qui répondent à ce groupe, nous les trouvons turbulents dès le matin alors que, depuis un certain temps, leur air enjonné, un visage plus calme, un teint moins coloré, un mépris pour leurs idées délirantes nous faisaient espérer; et alors c'est un assaut de plaintes, de mots à double entente, de métaphores, puis de menaces; le pouls est plein, la langue blanche, le visage empourpré, les yeux injectés, la station chancelante; les hallucinations sont rares, mais peuvent exister. Impossibilité de penser à l'alcool, car nous avons observé ces phénomènes chez des malades vivant isolés de tous, refusant de travailler et non visités. Souvent mal à la tête la veille, le malade a rêvé haut la nuit ou bien un étourdissement le matin que le malade n'avoue pas ou avoue, mais dans ce cas il l'attribue à la colère qu'on lui cause au lieu d'établir un rapport inverse; deux ou trois jours auparavant le malade a reçu une mauvaise nouvelle, une mauvaise visite ou une agression d'un malade voisin. Les idées délirantes reviennent les mêmes, avec leur

même cachet, parfois avec une idée nouvelle issue d'un événement ou d'une lecture des jours précédents. Inutile d'ajouter que de tels malades ne sont pas des épileptiques, ainsi que le prouvent les certificats antérieurs et nos investigations.

Leurs antécédents de famille sont ordinairement des hémiplégies, mort subite, démence sénile, affections cardiaques, hémorragies diverses.

Peu offrent les signes de dégénérescence, beaucoup n'ont ni névroses ni vésanies dans leur famille. C'est chez ces malades que nous trouvons fréquemment les troubles du langage, avant-coureurs de la démence, troubles du langage contrastant souvent avec la lecture facile et correcte, à moins qu'ils n'entendent des voix répétant ce qu'ils lisent, ce qui est assez fréquent; ils finissent par des incohérences des phrases qu'ils ont bien commencées; ils intercalent des mots étranges, dès que le débit de la parole est moins rapide ou s'ils se fatignent; ou bien ils prononcent ces mots quand ils ne trouvent pas l'expression juste, comme les faibles d'esprit qui disent machin ou chose pour suppléer à leur mémoire paresseuse; plus tard des gestes particuliers accompagnent ces troubles du langage ou les remplacent et nous font toujours penser dans leur retour à une poussée congestive. Ces troubles doivent être voisins des troubles aphasiques qui peuvent exister, mais que nous n'avons pas constatés.

Les jeux de mots par consonnance vicieuse, résultant des troubles de l'association, ne sont pas rares chez eux.

Nous croyons que beaucoup de cas de manie ou de démence incohérente doivent se rapporter à ces persécutions congestifs.

SEPTIÈME GROUPE. — *Persécutés arthritiques à forme mélancolique, torpide.*

Déjà ces malades avaient été observés par Esquirol; ils diffèrent des précédents en ce que les congestions sont passives et non actives, en ce que chez eux le système veineux est troublé primitivement et non la circulation artérielle. Chez eux, les veines du dos, des mains et des pieds, la veine dorsale de la verge, le varicocèle,

les varices, les veines des régions temporales apparaissent et se dessinent prématurément.

Chez les hommes, la verge et surtout le gland sont généralement volumineux ; souvent cette région est très décolorée ou violacée par asphyxie circulatoire et les sensations qui en résultent fournissent plus tard au délire ; le prurit vulvaire chez les femmes de ce groupe, par même mécanisme, doit être soigneusement distingué des prurits eczémateux et lichénoïdes ; la même asphyxie locale se produit aussi sur les mamelons des seins.

Ces malades sont en général grands, effilés, secs, à ovale très allongé, ou petits, maigres, ratatinés ; la voix est frêle, basse, plaintive ou bien chevrotante, aiguë, persifflante quand ils s'animent. Le visage peut être coloré, mais par plaques vineuses sur les régions malaires, tranchant sur le fond jaunâtre avoisinant ; mais généralement il a une teinte bilieuse, livide, terreuse, blafarde ou couleur papier mâché ; c'est chez ces malades que l'on voit surtout cette pigmentation allant du jaune au brun noirâtre et que l'on attribue à l'ardeur du soleil auquel ils s'exposent volontiers. Sans nier cette influence, nous croyons qu'elle a plus de rapport avec l'intensité du délire, car elle apparaît ou se fonce surtout avec l'apparition ou l'exaspération de celui-ci ; souvent la peau exhale une odeur que nous ne saurions mieux comparer qu'au brou de la noix verte récemment décortiquée ; ils se tiennent repliés, assis, silencieux, immobiles avec des places de prédilection dans les cours, toujours solitaires.

À la racine du nez, ils présentent souvent une série de plis partant en pinceau de l'angle interne de l'œil et divergeant sur la moitié supérieure et latérale du nez ; leurs lèvres sont souvent minces, fermées avec des plis perpendiculaires à la direction de l'orbiculaire, surtout à la lèvre supérieure. Ces divers plis donnent à la physionomie une expression de dépit très nette ; ces malades évitent la visite du médecin, surtout lorsqu'ils sont mal disposés. Ce sont généralement d'anciens dyspeptiques, porteurs de varices ayant eu des affections cutanées de longue durée et dont le tégument est froid, sec ou visqueux ; ils ont eu des hémorroïdes, des urines chargées de sables uriques, ou de phosphates ammo-

niaco-magnésiens, des névralgies dites rhumatoïdes, erratiques, des embarras douloureux et prolongés de la tête, des névralgies faciales avec sensations diverses dans une ou deux oreilles.

Chez les femmes, la dysménorrhée douloureuse, les coliques utérines, des vomissements anciens et prolongés, la lithiase biliaire ont été fréquents.

Chez ces malades, les hallucinations existent, mais mal marquées, surtout mal exprimées ou dissimulées, le médecin a grand-peine à leur faire dire ce qu'ils épronvent; ils expriment leurs hallucinations d'une façon laconique qui laisse plus à deviner qu'à observer. Cependant, un jour, à l'occasion d'un trouble digestif quelconque ou d'une douleur plus vive, ils manifestent leurs idées délirantes, ils se répandent en plaintes amères, menacent, mais ils n'en font rien, de se tuer, si on ne les laisse sortir ou si on ne leur rend justice; cela dure un ou plusieurs jours; puis à la suite d'une diarrhée, d'un accès fébrile, les idées délirantes disparaissent, la physionomie s'éclaircit, mais peu après, le malade s'absorbe à nouveau en lui-même et reprend son attitude méditative. C'est chez ces malades que nous avons noté le plus souvent les antécédents d'arthritisme dans la famille. Dans quelques autopsies, nous avons trouvé de l'artério-sclérose, des lésions anciennes des méninges, de la dilatation du cœur droit, l'emphysème pulmonaire des bords antérieurs presque constant, les tubercules à l'état de foyer, infiltré ou crétacé, l'estomac très dilaté, le foie hypertrophié ou atrophie, la rate grosse et molle ou très petite et très dure.

Les groupes qui nous restent, Messieurs, à vous présenter, font partie du délire de persécution proprement dit: « Nous aurions pu faire des catégories », écrivait Laségue en terminant son mémoire; mais, comme l'auteur du délire de persécution s'attachait surtout à présenter un tableau d'ensemble, peut-être est-ce à dessein qu'il n'a pas introduit de divisions capables de diminuer l'impression de la conception générale du délire qu'il retraçait?

Nous voulons parler des *persécutés avec hallucinations et délire systématisé* qui constituent notre huitième groupe, et, que nous diviserons en trois sous-groupes.

Nous connaissons tous les théories des hallucinations psychiques, sensorielles, psycho-sensorielles. Notre opinion est que ces théories, loin de se détruire, sont vraies, mais que chacune n'est vraie que pour les faits auxquels elle s'applique. Et l'étude des persécutés hallucinés nous montre trois variétés bien distinctes que nous désignons sous le nom de persécutés sensoriels, persécutés psychiques, persécutés mixtes, selon que chez les premiers (les sensoriels) les hallucinations et les troubles de la sensibilité périphérique ont précédé le délire ; selon que chez les seconds (les psychiques) le délire a précédé les hallucinations et les troubles de la sensibilité ; et selon que chez les troisièmes (les mixtes), idées délirantes, hallucinations et troubles de la sensibilité périphérique ont débuté en même temps.

Ces trois variétés, différentes à leur origine et par leur origine, se ressemblent absolument à une même période de l'évolution, mais redeviennent distinctes plus tard, surtout si la guérison ou la rémission se présente ; mais avant d'établir les moyens de les distinguer à cette période, jetons un coup d'œil sur chacune des trois variétés.

PREMIÈRE VARIÉTÉ. — *Persécutés primitivement sensoriels*. — Il existe des individus sujets à des hallucinations involontaires, mais sans troubles délirants ; ce qui est plus fréquent, c'est de voir des malades présentant des troubles de la sensibilité générale, même très accentués et très nombreux, sans délire. De tels malades causent de fréquentes erreurs de diagnostic, d'autant qu'on attribue ces troubles, soit à l'hypocondrie, soit à l'ataxie locomotrice, maladies précédées ou accompagnées souvent de ces troubles, mais n'étant pas leur conséquence nécessaire et fatale. Souvent ces malades ne sont pas hypocondriaques, car ils ne se plaignent que de ce qu'ils éprouvent, et cessent de faire entendre leurs plaintes dès que leurs douleurs sujettes à de vraies périodes de calme comme dans l'ataxie, cessent de se manifester ; ce ne sont pas des ataxiques, car beaucoup ne le deviennent jamais, et, s'ils en présentent tous les troubles douloureux, ils n'en ont ni les troubles moteurs, ni les troubles trophiques, ni les annihilations de la sen-

sibilité ; chez eux, la sensibilité est ou exagérée ou pervertie, jamais détruite.

Certains de ces malades ne deviennent jamais aliénés. Dans tout service d'aliénés, il existe quelques-uns de ces malades ; ils viennent des services hospitaliers ou d'incurables. Leurs douleurs ne correspondent à aucun diagnostic, mais n'en existent pas moins, et les font considérer comme hypocondriaques ; par leurs plaintes, ils troublent le repos des malades voisins, ils sont souvent quinteux et acariâtres envers ceux qui les soignent ; on ne peut les mettre à la porte à cause de leur douleur ; on les envoie dans nos services à cause de leur turbulence ou de leur fureur ou de leur hypocondrie, et ils y restent le plus souvent par commisération.

Un plus grand nombre de ces malades deviennent, et parfois rapidement, des persécutés ; mais à cette époque si les douleurs sont restées les mêmes, les plaintes qui les expriment ont changé de caractère. Quand ils n'étaient pas persécutés, c'étaient les mêmes douleurs que chez les ataxiques et les mêmes manières de les exprimer ; les plaintes procédaient par comparaison, c'est comme si un courant électrique leur parcourait les membres, comme si le ventre ou la poitrine étaient serrés dans un étau, comme si elles allaient acconcher, comme si on leur introduisait un corps étranger dans le rectum. Ces douleurs occupent les membres ou les viscères, fausses gastralgies, pseudo-coliques néphrétiques, intestinales, vésicales, utérines ; mais plus tard, et les idées de persécution sont alors survenues, l'objet qui sert de comparaison, sert de cause, devient objet causal ; on les électrise, on les pique partout, on s'introduit dans leurs boyaux, on leur violente les parties génitales ; plus tard les mêmes malades entendent des voix qui les menacent de ces mêmes violences, et aussitôt ils sentent l'acte se joindre à la voix entendue ; dès ce moment, le trouble des facultés cérébrales est attesté même par les malades ; ils ont comme des sauts dans la tête, ils y ont comme des coups de foudre ; on leur vole leur pensée, on les empêche de penser, de parler, on leur paralyse la parole, on les étonne. A ce moment, les troubles des sens et de la sensibilité, comme d'ailleurs tous les faits de la vie intérieure et extérieure,



vont entretenir les idées délirantes qui, à leur tour, les renforceront d'autant. A ce sujet nous ne pourrions citer un plus bel exemple que celui d'une malade du service de M. Falret, et que M. Paul Moreau (de Tours) a examinée à un autre point de vue dans son travail sur les aliénés rebelles à la morphine.

Le délire de cette persécutée était tel, que les nuits dans sa cellule elle enlevait les lames de parquet pour rechercher ceux qui venaient d'exercer sur elle des sévices et qu'elle avait entendus. Nous lui proposons une injection de morphine pour la calmer ; elle ne connaissait pas ce médicament ni ses effets. En lui pratiquant l'injection, nous lui demandons si elle entend ses voix ; son visage pâlit aussitôt et d'une voix brève et entrecoupée, elle nous répondit : Oui, elles me disent : « Guense, nous allons te faire vomir », et immédiatement elle vomit.

Les vomissements après la morphine ne sont pas rares, et M. (Moreau de Tours) les a signalés chez les aliénés. La chaîne de la succession des phénomènes est facile à établir chez notre malade : 1° injection de morphine ; 2° sensation de nausée ; 3° idée de nausée ; 4° association et intégration de l'idée de nausée à l'ensemble des idées pénibles qui constituent le délire ; 5° retentissement de ces idées par une harmonie morbide préétablie sur les centres collecteurs des sensations, d'où 6° phénomène de la voix et paroles entendues.

Toutes ces réactions de la sensibilité douloureuse sur les idées délirantes ont été admirablement décrites dans « Les troubles de la sensibilité chez les mélancoliques » de M. Christian, dont l'heureuse expression mérite toujours d'être répétée : Chez eux, la douleur se concrète en délire.

DEUXIÈME VARIÉTÉ. — *Persécutés primitivement psychiques*. — Ici, l'idée de persécution est antérieure aux hallucinations et aux troubles de la sensibilité périphérique ; elle naît sous l'influence de l'imagination toujours vive chez ces sujets à l'occasion d'une peine morale souvent intense, chagrins, revers, déception. Ce n'est pas à dire que cette même cause morale ne puisse se trouver dans la variété précédente, mais chez

ceux-ci, ce sont les nerfs sensitifs qui reçoivent les premiers le contre-coup, tandis que chez ceux-là ce sont les centres sentants qui subissent tout d'abord l'influence nocive.

Dans la variété qui nous occupe, l'imagination aidée de la mémoire, entretient, revivifie, multiplie les effets de la peine morale et produit le cortège émotionnel, c'est-à-dire que tous les actes cérébraux vont alors s'accomplir, non pas facilement ou difficilement, mais émotionnellement; car l'émotion n'est pas une fonction, mais un mode de fonctionner, tout comme la dyspnée n'est pas fonction, mais un mode angoissant de respirer. Dans ce milieu émotionnel où s'accomplit l'activité cérébrale, les sensations périphériques correspondront émotionnellement avec les centres sensitifs; la correspondance sera troublée; et, de plus, ces centres pourront fonctionner autonomiquement pour leur propre compte, indépendamment des sensations périphériques. Et ainsi se produira le phénomène hallucination, qui participant à son tour à l'état émotionnel, viendra s'intégrer par ses effets à la masse primordiale des idées délirantes de persécution.

En outre, ces malades objectiveront leurs sensations morbides, soit en vertu de la loi de projection excentrique de la sensibilité de Muller, soit en vertu de l'habitude générale d'extérioriser nos sensations, en vertu aussi de l'influence de l'imagination sur les extrémités périphériques des nerfs sensitifs.

Enfin, il y aura double réaction : 1° des sensations morbides sur les idées délirantes; 2° des idées délirantes sur les sensations morbides. Dès lors le tableau étant le même, les malades de cette deuxième variété pourront, à ce moment, être confondus avec ceux de la première, quand ceux-ci sont dans les mêmes conditions.

TROISIÈME VARIÉTÉ. — *Persécutés d'emblée sensoriels et psychiques primitivement.* — Ici, le début est brusque; les phénomènes s'enchaînent et se déroulent avec rapidité; d'ordinaire, l'excitation maniaque les précède et les accompagne. Parfois l'alcool qui, dans les deux variétés précédentes peut apporter son appoint,

pour employer l'expression de M. Motet, peut être un des facteurs de premier ordre dans cette variété, mais alors s'y joignent toujours les hallucinations visuelles : ceci s'observe surtout quand le malade n'est pas un buveur de profession.

Exemple : X... subit une peine morale vive et commence à boire. Cinq jours après, ses idées sont moins nettes, sa vue se fatigue, il rentre chez lui et voit sur les vitres closes de ses voisins des reflets lumineux; plus il les regarde, plus il lui semble que ces reflets suivent son regard; il change de place, les reflets changent de place et le poursuivent; nul doute que ses voisins ne dirigent des spectres lumineux sur lui et ne causent ainsi les troubles de la vue. Le délire s'organise la nuit suivante, les hallucinations de l'ouïe s'y mêlent, et, en huit jours, il arrive à exposer à sa femme et à un commissaire de police un roman complet; le malade est déplacé et traité, les hallucinations de la vue disparaissent d'abord, celles de l'ouïe aussi, mais le malade croit encore à son délire dont il n'est plus convaincu six semaines après.

Au début, ces délires des trois variétés sont différents; à un moment, ils peuvent se ressembler, ils continueront même à se ressembler, si le malade ne s'améliore pas; mais, s'il y a guérison ou rémission, la différence va s'accroître à nouveau.

Chez le persécuté de la première variété, les idées délirantes disparaissent les premières; dans la deuxième variété, ce sont les hallucinations et les troubles de la sensibilité périphérique qui disparaîtront d'abord; il n'y a rien de fixe pour la troisième variété.

Il en résulte que, lorsque nous sommes en présence d'un ancien persécuté et sans connaissance du mode de début, si nous sommes certains que les idées délirantes ont disparu avec persistance des troubles de la sensibilité ou des hallucinations, nous en concluons que notre malade appartient à la première variété; si, au contraire, ce sont les troubles de la sensibilité qui ont disparu et avec persistance du délire, nous concluons à la deuxième variété.

Il nous reste néanmoins pour affirmer nettement

notre conclusion, la possibilité de la troisième variété survenant sans appoint alcoolique.

Enfin nous abordons le :

DERNIER GROUPE. — *Persécutés qui aboutissent à la mégalomanie* (Persécutés par vanité chronique).

Il y a beaucoup de persécutés qui aboutissent à la mégalomanie, ceci est vrai. Les faits publiés par Lasègue, Legrand du Saulle, MM. Foville, Magnan, Garnier sont au-dessus de toute contestation. Ce que nous contestons, c'est l'évolution fatale à laquelle seraient soumis nécessairement ces malades avant d'aboutir à la mégalomanie, c'est la nécessité absolue de l'apparition de la mégalomanie après les périodes d'inquiétude, d'hypocondrie, de persécution, toutes les fois que la démence n'apparaît pas, c'est surtout l'interprétation donnée par les aliénistes que nous venons de citer pour expliquer la singularité de l'apparition de la mégalomanie après le délire systématisé de persécution, c'est-à-dire de l'interprétation par la déduction logique, par le raisonnement en partant de prémisses fausses.

Et d'abord, il y a des mégalomanies qui peuvent apparaître chez tous les persécutés des groupes précédents; de plus, il y a nombre de malades qui présentent à la fois et des idées de grandeur et des idées de persécution.

M. Cotard nous faisait remarquer combien de persécutés étaient persécutés orgueilleux, et nous faisait entrevoir combien leur orgueil pouvait contribuer à entretenir leurs idées de persécution.

Nous sommes de l'avis de notre collègue. Il y a aussi des mégalomanies qui apparaissent après l'inquiétude, après l'hypocondrie, après les idées de persécution, et on peut dire de ces malades qu'ils n'ont pas parcouru toutes les phases du délire chronique de M. Magnan, parce que la mégalomanie, s'imposant de suite après l'une des phases précédentes, a fait éclipser ou même anéanti les phases suivantes.

M. Dagonet et M. Christian nous ont aussi affirmé qu'il y avait des persécutés ayant passé par les quatre phases du délire chronique de M. Magnan et qui ne sont

jamais devenus méglomanes, ni même déments, malgré une existence délirante très prolongée.

Nous nous rangeons complètement aux opinions émises par nos éminents collègues, mais nous ne nions pas les faits publiés par M. Magnan, et qui représentent à eux seuls un groupe dont le nom est encore à trouver, car celui de délire chronique étant un terme général appliqué à des aliénations mentales différentes, mais semblables par leur longue durée, ne peut être une définition spécifique du groupe décrit par M. Magnan.

Mais la question qu'il nous importe de discuter, c'est l'interprétation de l'apparition de la mégalomanie chez les persécutés, qui nous paraît due à ce qu'un défaut capital du caractère a échappé aux observateurs.

Nous nous sommes demandé par quelle bizarrerie de la nature cette déduction logique, qui est une faculté de culture, de perfectionnement assez peu commune même chez des cerveaux réputés sains, serait venue se réfugier dans des cerveaux d'aliénés ou du moins dans une classe d'aliénés, à moins d'admettre l'hypothèse d'une aliénation par surmenage de la déduction logique, hypothèse qui serait à établir.

Cette hypothèse, pour expliquer la mégalomanie du délire de persécution, a été invoquée parce qu'elle avait été appliquée pour l'interprétation du délire de persécution consécutif au délire hypocondriaque. Une même explication pour deux périodes d'une même maladie était destinée à satisfaire d'autant plus qu'il ne s'en présentait pas d'autre. Et cette absence d'autre hypothèse s'explique par un résumé en quelques lignes de l'historique des travaux du délire de persécution.

En effet, où a-t-on trouvé tout d'abord les persécutés ? chez les mélancoliques. Qu'a-t-on trouvé chez les persécutés avant le délire de persécution ? l'hypocondrie. Où était classée l'hypocondrie ? dans la mélancolie ; et méthodiquement pour reconstituer l'histoire antérieure de l'hypocondriaque devenant persécuté, on a été rechercher dans son existence à partir de son enfance les manifestations de la mélancolie et on a trouvé ce qui est vrai, même dès l'enfance, caractère triste, sombre, morose, vie solitaire, isolée, silencieuse, état de défiance, esprit soupçonneux, inquiet, mépris pour les

camarades, ennui de l'entourage, misanthropie. Autant de vérités trouvées.

Nous ne disons pas qu'en médecine on trouve tout ce que l'on cherche, ce qui est faux, quand on procède avec méthode; mais bien : on ne trouve que ce que l'on cherche et comme on n'a cherché que des caractères mélancoliques, on n'a pas cherché ce que nous avons trouvé chaque fois que nos renseignements ont pu être exacts et complets, et que nous résumons ainsi : tout persécuté qui aboutit à la mégalomanie a été : 1° un sot ; 2° un fat ; 3° un orgueilleux ; 4° un insuffisant, toutes choses égales d'ailleurs, un insuffisant par rapport à la surélévation de ses vues ambitieuses, ou par rapport à la satisfaction de ses conceptions orgueilleuses.

Il est certain que si le royaume des ciens est fait pour les pauvres d'esprit, notre monde social est peu fait pour leur assurer les privilèges auxquels aspire leur faiblesse cérébrale, mais, au contraire, tout préparé pour leur assurer ceux qu'ils méritent et auxquels ils ne s'attendent généralement pas; le désir de prépondérance louable quand il répond à une organisation disposée pour ce but, attire aux sujets dont nous parlons, les moqueries dans l'enfance, les taquineries, plus tard, les hostilités plus accentuées, enfin, les déceptions, chagrins, revers, accidents communs à tout mortel, mais survenant de préférence chez ceux dont la capacité est inférieure au but poursuivi.

Ceci admis, il est inutile d'insister pour montrer comment les caractères et habitudes mélancoliques dérivent directement du caractère vaniteux, en dehors du raisonnement du malade qui devient même mélancolique inconsciemment.

Car ces malades ne se sont jamais rien expliqués, pas plus que les peines morales profondes qu'ils ressentiront plus tard et qui, à leur tour, vont porter le désordre dans la sensibilité centrale et périphérique; si alors ils ont, par intervalle, le sentiment de leur incapacité cérébrale, leur sensibilité morbide n'en sera que plus excitée, fixera d'autant leurs préoccupations et augmentera le trouble dans les idées.

À part les caractères exceptionnels et, d'ailleurs, sains d'esprit, orgueil et douleur vont mal ensemble;

idées tristes et orgueilleuses s'accommodent mal; les unes doivent céder aux autres, et, d'ailleurs, les sensations douloureuses et, par suite, les émotions règnent en maîtresses, en sorte que cette vanité originelle ou acquise s'efface sous la domination des idées pénibles du délire de persécution; vienne celui-ci à disparaître, et le vieil homme ou, pour être moins poli mais plus juste, la vieillesse bête va reparaitre d'autant plus nette que les obstacles auront disparu sous la forme de mégalomanie.

Telles ces plantes, dont la racine est toujours vivace, laissent pour un temps le sol qui les nourrit, se recouvrir d'une autre végétation luxuriante mais passagère, pour reprendre, après cette végétation disparue, leur évolution primitive.

Telle la vanité, toujours vivace quoique silencieuse, reste latente tout le temps que vivent les idées de persécution aux dépens du sol cérébral qu'elles épuisent en partie, pour reprendre ensuite son développement plus libre et atteindre une floraison d'autant plus complète que la mégalomanie sera plus accentuée.

Messieurs, le résumé de notre communication est représenté par le sommaire qui la précède; en y joignant l'historique du début, nous aurons un tableau à peu près complet des idées morbides de persécution. Il est temps, disait Lasègue, de renoncer aux espèces symptomatiques et de constituer des groupes psychologiques; cette proposition, comme expression de tendance, est vraie, mais trop prématurée pour être applicable, et nous souscrivons, au contraire, à l'idée de M. Cotard, à savoir : que l'attention doit encore être longtemps fixée sur les idées délirantes considérées en elles-mêmes et sur leurs caractères particuliers, et nous ajouterons, sur leur association aux troubles physiques de toute nature qui les accompagnent, les précèdent ou les suivent.

Nous résumons la pensée directrice de notre communication en disant que les idées sont à leur appareil cérébral sécréteur et à l'économie générale qui retentit sur cet appareil en même temps qu'elle lui est en partie subordonnée, ce que les éléments de l'urine sont au système rénal et à l'économie tout entière, liée elle

aussi à ce dernier par des rapports d'autorité et de réaction.

C'est par l'étude analytique des urines que la pathologie rénale a été mieux étudiée, et a concouru à une meilleure étude de la pathologie tout entière. C'est par l'étude analytique des idées morbides que nous pouvons espérer des conquêtes scientifiques au moins aussi importantes.

Suggestion, auto-suggestion et vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique. — Action des médicaments à distance. — Suppression momentanée des attaques hystéro-épileptiques et des vomissements nerveux.

M. JULES VOISIN. — Messieurs, je viens vous entretenir de mes nouvelles recherches sur l'action des médicaments à distance chez les hystériques. Elles confirment pleinement les vues que j'ai exposées devant vous dans la séance du 25 octobre 1886 (1). Mais l'apparition du livre de MM. Bourru et Burot (2), où mon opinion est réfutée par des arguments que je ne crois pas fondés, me fait un devoir de prendre de nouveau la parole devant vous et de revenir sur cette question.

Dans cette nouvelle observation que je publie, vous verrez que c'est la suggestion, l'auto-suggestion, et la vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique qui seules nous rendent compte des phénomènes que nous voyons se dérouler sous nos yeux. Voici le résumé de cette observation et l'exposition des faits :

La malade est endormie par la fixité du regard et la compression des globes oculaires. Le plus grand silence règne autour d'elle. Elle n'a pas entendu parler de ces expériences ni dans le service, ni dans la ville.

J'approche d'elle sans bruit la série de flacons que j'ai déjà employée pour V... (3), flacons bien bouchés, bien cachetés, etc., et je n'obtiens aucun phénomène. Quelque

(1) Jules Voisin; *Annales médico-psychologiques* t. V. n° 1, janvier 1887.

(2) *La suggestion mentale et l'action à distance des substances toxiques et médicamenteuses*, par MM. Bourru et Burot, J.B. Bailière, 1887; p. 175 et suivantes.

(3) Voir plus loin l'observation.

temps après, je prends un *flacon vide*, je l'approche de la malade et je dis : « Je vais essayer sur cette malade l'effet des médicaments à distance. Dans ces flacons il y a différents médicaments, je vais les approcher successivement de la malade et il est probable que cette malade, comme toutes les malades de sa catégorie, nous montrera les effets physiologiques des médicaments renfermés dans ces flacons. Voici d'abord un flacon contenant de l'alcool ; vous verrez sans doute se développer d'abord un léger tremblement des membres supérieurs, puis des membres inférieurs et enfin tous les symptômes de l'ivresse. Ces effets, ajoutai-je, se développent presque instantanément, arrivent presque tout de suite à leur apogée, puis disparaissent aussitôt que le flacon est retiré. »

Une fois cela dit, j'approche mon *flacon vide* de la malade, et le tremblement et les phénomènes de l'ivresse apparaissent pour disparaître aussitôt que le flacon est enlevé.

L'expérience sur l'alcool faite, je fais semblant de prendre un autre flacon en remuant avec bruit d'autres flacons et je présente toujours un flacon vide à la malade, en disant : « Voici de la strychnine, vous verrez sans doute se produire de grands mouvements et même des convulsions. » Ce qui est en lien. Pour l'eau de laurier-cérise, pour la valériane, j'annonce les phénomènes qu'on obtient MM. Bourru et Burot et je les provoque. Pour la pilocarpine, je provoque la sueur et, enfin, pour le sulfate de sonde, j'en détermine des borborygmes et de la diarrhée.

Deux mois après cette première expérience, j'endors de nouveau ma petite malade ; j'approche d'elle toujours un *flacon vide*, en disant seulement ceci : « J'approche de cette malade un flacon et vous verrez qu'elle saura distinguer le médicament qu'il contient par les symptômes qu'elle nous donnera. » Je fais semblant de changer six fois de flacon en les remuant avec bruit et toujours je présente un flacon vide, et à chaque changement supposé de flacon, je vois se dérouler tous les symptômes que j'avais vus dans ma première expérience et cela dans le même ordre. N'est-ce pas là un phénomène de mémoire ? Ne peut-on pas expliquer par

cette vivacité du souvenir les causes d'erreur de certains auteurs ?

Supposons en effet qu'au lieu d'employer un flacon vide, j'aie employé la première fois des flacons contenant les substances annoncées et qu'au bout de deux mois je refasse mon expérience en ne disant pas un mot sur les substances contenues dans mes flacons, mais en présentant mes flacons dans le même ordre que lors de ma première expérience. N'aurais-je pas été convaincu de la réalité du phénomène ainsi que toutes les personnes qui m'auraient assisté dans cette expérience ? C'est peut-être de cette manière qu'ont été induits en erreur plusieurs auteurs.

MM. Bourru et Burot pour expliquer l'action des médicaments à distance invoquent : *une énergie spéciale dans les organismes supérieurs mise en action par des influences extérieures*. Ils ne veulent pas admettre la suggestion ni l'auto-suggestion, et pour refuter mon opinion ces messieurs disent dans leur livre récent, à la page 175 (1), que nous n'avons pas opéré tout à fait dans les mêmes conditions : « Les différences, disent-ils, ne venaient pas des conditions extérieures au sujet en expérience, mais elles existaient dans l'état du sujet lui-même. Quand nous approchions nos médicaments, nous laissions toujours V... à l'état de veille, M. Jules Voisin le plaçait en léthargie ou en somnambulisme. »

Cette phrase me fit rechercher le chapitre relatif à l'expérience en elle-même et voici ce que je lis au chapitre IV, Du déterminisme des phénomènes, et à la page 130 : « Chez nos deux premiers sujets, nos deux grands hystériques, c'est à l'état de veille que nous présentons d'ordinaire les médicaments. Bientôt le sujet tombe dans un état spécial ayant de nombreux rapports avec certaines formes de l'hypnotisme, notamment avec la catalepsie, mais en différant par plusieurs caractères. C'est ainsi qu'aucune manœuvre ne peut le faire passer à la léthargie ou au somnambulisme. Dans cet état le sujet est absolument inconscient, car il ne ressent aucune excitation extérieure et

(1) Voir *loco citato*.

« n'en conserve plus tard aucun souvenir. » Que signifient ces lignes ; décrivent-elles l'homme à l'état de veille ? Je ne le crois pas, et tout le monde sera de mon avis, j'en suis sûr. Cet état spécial ayant de nombreux rapports avec certaines formes de l'hypnotisme est tantôt l'état léthargique et tantôt l'état somnambulique de V..., états dans lesquels il passe si facilement sous la moindre excitation, comme je l'ai fait remarquer dans ma communication du 25 octobre 1886. C'est ce qui constitue pour V... le sommeil hypnotique.

Si je lis la thèse de M. Berjon (1) inspirée par M. Bourru sur le même sujet, je vois, page 64 : « Il est « utile de faire remarquer que le sujet est à son état « normal quand on expérimente ; il se trouve dans des « conditions où toute suggestion est impossible chez lui. « Parfois on se borne pour éviter la période d'agacement prodromique, à toucher du bout du doigt, un « des points du corps que nous avons appelé plus « haut point d'inhibition. Dans ces conditions le sujet « ne voit plus, n'entend plus, ne sent pas. Il ne peut « par conséquent se douter de ce qu'on lui fait ; c'est « donc une excellente condition pour éviter la supercherie et pour écarter toute idée de suggestion. »

Ici encore comme dans le livre de MM. Bourru et Burot, on voit que le sujet n'est plus en état de veille quand on fait les expériences. Il y était tout à fait au début, mais il s'est endormi immédiatement après et ce sujet qu'on croit dans d'excellentes conditions pour éviter la supercherie et écarter toute idée de suggestion, est justement dans les conditions les plus favorables pour la suggestion. Aussi j'avoue que je ne suis pas convaincu par les arguments de MM. Bourru et Burot et je crois que cette nouvelle observation que je publie, prouve une fois de plus que les médicaments enfermés hermétiquement dans un vase agissent ainsi à distance par suggestion et auto-suggestion et que la mémoire est très vive dans le sommeil hypnotique. Grâce à cette mémoire on pourra expliquer des faits qui sont restés jusque-là inexplicables.

(1) Berjon, *La grande hystérie chez l'homme*. Thèse 1886.

Cette observation nous montre également que par la suggestion hypnotique on parvient à supprimer les attaques hystéro-épileptiques et les vomissements. Notre jeune malade qui avait des attaques et des vomissements quotidiens est restée six mois sans présenter ces symptômes et a pu quitter l'hospice.

OBSERVATION RÉDIGÉE PAR M. THIBAUT, INTERNE DU SERVICE

Attaques d'hystéro-épilepsie très fréquentes. — Suppression des attaques hystéro-épileptiques et des vomissements par suggestion hypnotique. — Vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique. — Action des médicaments à distance. — Action de l'or. — Disparition de l'hémi-anesthésie par la suggestion.

A. C... entre dans le service de M. le Dr Jules Voisin à la Salpêtrière, salle Mare, le 9 février 1887.

Sa mère était très nerveuse, cependant elle n'a jamais eu d'attaque d'hystérie.

Jusqu'à six ans, la malade a de l'incontinence nocturne d'urine.

Réglée à onze ans, elle a toujours eu une menstruation très irrégulière.

A sept ans elle fait une fièvre typhoïde, à dix-sept ans elle a la rougeole ; pendant ces deux fièvres elle ne présente pas de délire.

L'hystérie apparaît chez elle à dix-huit ans...

Le 1^{er} avril 1885 elle est mordue à la main par un petit chien : pendant les jours qui suivent elle refuse de s'alimenter, elle pleure, elle se croit atteinte de la rage.

Quatre jours après, le 5 avril, elle rencontre le chien qui l'avait mordue, elle a sa première attaque d'hystérie.

A partir de ce moment on voit se dérouler chez elle divers accidents de cette névrose ; elle est traitée dans divers hôpitaux : à Beaujon, à Laennec chez M. Legroux, puis chez M. Ball ; enfin à Sainte-Anne et de là elle vient à la Salpêtrière.

Pendant les premiers mois qui suivent son accident, elle a des attaques fréquentes, elle en a jusqu'à dix-huit par jour ; de mai à août 1885 elle a des vomissements incoercibles. En septembre 1885, apparaît chez elle l'ensemble des symptômes de la pseudo-péritonite à la suite d'une compression de l'ovaire, tout s'évanouit en quelques jours.

Notons que pendant tout le temps qui s'est écoulé depuis sa morsure, les attaques n'ont pas cessé de se montrer à divers intervalles.

Après ses attaques, le plus souvent l'intelligence revenait normale. A plusieurs reprises elle a présenté du sommeil hystérique, tantôt après l'attaque, tantôt en parfait état de santé.

Dans ces crises de sommeil elle eut quelquefois un délire violent, et c'est l'apparition de ce nouveau phénomène qui l'amena à la Salpêtrière.

A son arrivée elle présente nettement les stigmates de l'hystérie (achromatopsie, rétrécissement du champ visuel, hémianesthésie sensitivo-sensorielle du côté gauche, points douloureux au vertex, au niveau de quelques apophyses épineuses et au niveau de l'ovaire).

Pendant ce premier examen la pression de l'ovaire provoque une attaque.

La période épileptoïde fait défaut, immédiatement commence l'arc de cercle et la tête vient se mettre en contact avec les talons, les bras étendus en croix maintenant le corps en équilibre.

Ensuite apparaissent des convulsions cloniques, puis une période d'hallucinations avec diverses expressions du visage.

Enfin, la malade tombe en catalepsie.

On essaie alors de la faire passer en somnambulisme et de lui donner une suggestion.

Deux jours après l'attaque, la malade allant bien, on essaie de l'hypnotiser.

Après quelques secondes de fixité du regard et de compression des globes oculaires, la résolution musculaire apparaît.

L'hyperexcitabilité neuro-musculaire est très nette.

La friction sur le vertex fait passer la malade en somnambulisme.

Alors on répète à la malade qu'elle n'aura plus d'attaques, qu'elle sera bien portante.

A deux reprises, pendant son séjour dans le service, C... présente des crises de sommeil hystérique. La durée de ces crises a été une fois de quarante-huit heures, l'autre de sept heures.

La première de ces crises survient le 2 mars. Le matin de ce jour on essaie en vain de l'éveiller à l'heure habituelle. On provoque des hallucinations de la vue, de l'odorat (rêve oiseau), ensuite spontanément elle se met à chanter. Vainement on tâche de la faire passer en somnambulisme.

On lui suggère l'idée qu'elle sera sensible à gauche et que le contact de l'or avec les téguments de ce côté provoquera la sensation de brûlure.

A son réveil la suggestion avait parfaitement pris, l'hémianesthésie avait complètement disparu et l'application d'une pièce d'or amenait une cuisson très vive : ce phénomène ne se produisait pas si on appliquait la pièce d'or à l'insu de la ma-

lade en la dissimulant soit sous une bougie, soit sous une pièce d'argent.

Cette sensibilité au contact de l'or a persisté durant trois jours. L'hémi-anesthésie avait disparu d'une façon définitive. On la fit reparaitre, mais du côté droit, en disant devant la malade, pendant qu'elle est en état de veille, que généralement l'hémi-anesthésie ne disparaît d'un côté que pour se porter du côté opposé.

Quelques jours après, dans le sommeil hypnotique, on suggère de nouveau à la malade l'idée que sa sensibilité serait parfaite à droite et à gauche. — Depuis ce jour elle n'a plus de trouble de la sensibilité.

C'est le 8 mars que pour la première fois on fit chez elle l'expérience sur l'action des substances renfermées dans des flacons bouchés à la cire.

Ces flacons contiennent divers médicaments. Au fond de chaque flacon est inscrit un numéro d'ordre. D'autre part, on a donné une liste de ces numéros en écrivant en face de chacun la substance contenue dans le flacon correspondant. Pour savoir ce que contient un flacon, il faut donc se reporter à cette liste.

Voici la série de ces substances :

Flacon n° 0	Rien.
— I	Eau de laurier-cerise.
— II	Alcool.
— III	Atropine.
— IV	Emétique.
— V	Eau distillée.
— VI	Cantharides.
— VII	Ipéca.
— VIII	Valériane.
— IX	Pilocarpine.
— X	Rien.
— O, O	Nitrate d'amyle.
— O O O	Huile de croton.
— XX	Teinture d'opium.

Cette liste a été remise à l'interne en pharmacie du service et une reste à la pharmacie.

Le 8 mars on endort la malade par la fixité du regard et la compression des globes oculaires. Après une friction légère au vertex, la malade passe en somnambulisme.

Sans prononcer une parole on approche de sa tête la série des flacons X. O. XX. VII. VI. O, O. II. VII. V. III. IV.

Au flacon O. la malade a un léger frémissement et un mouvement de déglutition, mais on l'avait frôlée involontairement.

Elle ne manifeste absolument rien quand on apporte les autres flacons.

L'expérience terminée, on lui suggère l'idée de ne plus avoir d'attaque ni de vomissement car, depuis quatre jours, elle avait des vomissements alimentaires. Cette suggestion de n'avoir plus d'attaques est faite après chaque séance d'hypnotisme.

Deux jours après le 8 mars, on reprend l'expérience d'une autre façon.

La malade étant mise en somnambulisme, on dit à haute voix que l'on va répéter une expérience qui réussit souvent, à savoir l'apparition chez la malade de phénomènes correspondant à l'action physiologique de certains médicaments enfermés dans des flacons.

On lui présente d'abord le flacon n° O, on dit à haute voix que c'est de l'alcool et que cette substance provoque un léger tremblement des membres supérieurs. En une minute l'effet est produit ; pour le faire cesser, on dit à haute voix que l'on éloigne ce flacon.

On lui présente encore le flacon n° O, disant qu'il contient de la strychnine et qu'il peut se produire un tremblement généralisé : immédiatement la malade est agitée d'un violent tremblement et tombe de sa chaise, elle continue à trembler sur le sol. Tout cesse dès que l'on annonce que le flacon est enlevé.

Le flacon suivant est le n° VI : on dit qu'il renferme de l'eau de laurier-crisse devant produire l'extase. Le phénomène se produit aussitôt.

Le flacon n° O vient ensuite, contenant, dit-on, de la valériane ; on dit que les malades se mettent ordinairement à gratter le sol à la façon d'un chat : la malade se met à gratter le tapis.

Au flacon X on annonce de la pylocarpine, disant que cette substance provoque le plus souvent la transpiration.

Quelques minutes après il y a de la moiteur à la paume de la main.

Le dernier flacon est le n° XX, on dit qu'il contient du sulfate de soude et qu'il est possible que la malade soit purgée une ou deux fois.

Quelques instants après la malade porte les mains à son ventre comme si elle avait des coliques, on entend des borborrygmes et au bout de quelques minutes commence une attaque de grande hystérie.

Dans l'après-midi, la malade eut cinq selles.

Le 15 mars, sept jours après, on hypnotise de nouveau la

malade, et l'on annonce que l'on va de nouveau tenter sur elle l'action de médicaments contenus dans des flacons bouchés.

Cette fois on place deux flacons sur la cheminée et on les prend à tour de rôle pour les présenter à la malade : chaque flacon est présenté trois fois.

La malade reproduit dans le même ordre et exactement de la même façon les phénomènes qu'elle avait produits le 8.

Dans cette expérience on n'avait pas prononcé une parole, le bruit du flacon que l'on reposait sur la cheminée annonçait à la malade le changement de substance.

Ces deux flacons étaient le O et le X, c'est-à-dire des flacons vides.

Le 22 mai, on répète exactement la même expérience avec le n° O, le résultat est parfaitement identique.

Le 1^{er} août, sort de l'hospice. — N'a pas eu d'attaques hystéro-épileptiques et de vomissements depuis le 8 mars ; — son état général est bon.

1^{er} octobre. — La malade vient à la consultation externe. Elle n'a pas eu d'attaques ni de vomissements depuis sa sortie. Mais elle trouve qu'elle ne digère plus bien. Elle éprouve de la pesanteur à l'estomac. Son état général est moins bon ; anémie assez prononcée. La malade est domestique dans une crèmerie et a beaucoup de travail, elle sent qu'elle va être malade, dit-elle. Cependant elle ne veut pas rentrer à l'hospice.

8 octobre. — Revient à la consultation externe et a une attaque d'hystérie devant nous.

M. LARROQUE présente quelques remarques à l'occasion de la communication de M. Voisin, à l'avis duquel il se range de la façon la plus complète, en critiquant vivement les procédés d'expérimentation des médecins qui ont donné la description de prétendus phénomènes physiologiques provoqués par « l'action des médicaments à distance. »

La séance est levée à 6 heures.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1887

Présidence de M. MAGNAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre circulaire de M. Paul Topinard, professeur à l'École d'anthropologie, concernant la carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux ;

2° Une lettre de M. Iarchi, de Bucarest, qui remercie la Société de l'accueil fait à son observation d'amnésie traumatique, lue à la séance de juin 1887.

La correspondance imprimée comprend :

1° *Notizie necrologiche e patologiche illustrative di un cadavere, conservato a fresco dopo la rezione, e che trovasi nell' Istituto patologico di Padova* ; par Brunetti ;

2° *Raport de Miscarea Alienatilor din ospiciul Mârçuta pe anul 1886* ; par le D^r Iarchi, médecin adjoint, avec une préface du D^r A. Soutzo, médecin en chef de l'asile de Bucarest.

Rapport de candidature.

M. FALRET fait, au nom d'une commission composée de MM. Scmelaignc, Christian et Falret, un rapport verbal sur la candidature de M. Soutzo au titre de membre associé étranger.

M. Soutzo possède des titres sérieux à la faveur qu'il sollicite. Docteur de la Faculté de médecine de Paris (1865), il a publié de nombreux travaux sur la médecine mentale. Nous signalerons d'abord des *Considérations sur l'épilepsie et la manie épileptique*, étude intéressante qui pèse d'un grand poids dans le choix qui fut fait de son auteur, en 1868, comme médecin en chef de l'hôpital des aliénés de Mârçuta. La pathologie mentale devint depuis lors l'objet principal des recherches de M. Soutzo, qui publia successivement des

Réflexions cliniques et médico-légales sur les maladies mentales, des Études médico-psychologiques sur l'aliéné devant la science et la société — à ce dernier ouvrage le gouvernement roumain décerna une médaille d'or — un *Rapport sur l'état mental de L...*, dans lequel sont passées en revue toutes les affections mentales pouvant être simulées. Collaborateur assidu des journaux de médecine de son pays, M. Soutzo y a publié des mémoires importants sur la manie pellagreuse, la manie palustre, la période prodromique ou médico-légale de la paralysie générale, etc.

Nommé en 1880 professeur de médecine légale et de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Bucarest, M. Soutzo prit pour sujet de sa leçon d'ouverture *Le mécanisme de l'aliénation mentale*. Son enseignement est très goûté, et ce qui nous intéresse plus particulièrement, c'est qu'il est puisé surtout dans les œuvres des maîtres français, dont M. Soutzo, depuis vingt ans, vulgarise les idées en Roumanie.

La Société médico-psychologique doit donc tenir à honneur de s'attacher un membre aussi distingué, et votre commission vous propose d'accorder à M. Soutzo le titre qu'il sollicite.

Les conclusions du rapport de M. Falret sont adoptées et M. Soutzo est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre associé étranger.

Histoire d'un aliéné réformateur; manie des grandeurs; réformateur de la philosophie et de la religion; idées érotiques; délire de persécution.

M. RITTI lit, au nom de M. le Dr IARCHI, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Marçuta, à Bucarest, l'observation suivante, publiée dans le numéro du 15 (27) août 1887 du *Progrès médical roumain* :

C. St., âgé de trente-quatre ans, célibataire, est entré à l'hospice de Marçuta le 31 mai 1886.

Cet aliéné, d'origine serbe, a eu une éducation peu soignée. Son instruction de même est limitée, il a fait seulement les quatre classes primaires; à l'âge de seize ans il est entré dans l'armée où, par suite de plusieurs réengagements, il est resté neuf années.

C'est avec beaucoup de difficultés que nous avons pu avoir quelques données sur ses antécédents de famille. Son père a le défaut de se livrer à la boisson des liqueurs alcooliques. Sa mère, que j'ai vue à plusieurs reprises, est peu intelligente et excentrique. C... a trois frères dont l'un, le plus jeune, âgé d'environ quinze ans, peut être regardé comme un imbécile. Celui-là est fort pétulant, il se fâche pour la moindre chose, insulte et bat ses parents, commet différents actes qui dénotent une prédisposition héréditaire à l'aliénation.

Ainsi un jour, il a coupé avec des ciseaux une robe et des rideaux qu'il a mis en pièces. Les deux autres frères et encore cinq sœurs de C... semblent être sains. Suivant l'assertion de sa mère, il n'existe aucune maladie nerveuse dans leur famille.

Nous avons vu que C... a été neuf ans dans l'armée; quand il l'a quittée, il était sergent-major. Il est entré ensuite dans le service de la gare, puis il a été employé au ministère, où, à la suite de reproches adressés par son chef, il a donné sa démission et a été nommé sous-commissaire. Depuis quelque temps il a quitté aussi cette fonction et est resté inoccupé.

A partir de ce moment, la vie de C... commence à suivre une nouvelle phase. Son but étant de s'occuper seulement de science, il ne veut plus avoir aucun emploi, il lit tout le jour différents écrits dont il fait le résumé. Ces résumés, cousus par lui, forment sept grands cahiers. En 1884, ayant gagné quelque argent, il le donne à un typographe et publie son premier travail intitulé : *Conseils aux Roumains; Coutumes relatives aux mariages dans le monde entier; Chronique de Sinaia et une poésie*. Ce livre qui contient 100 pages n'est qu'un écrit incohérent dans lequel se trouvent des mots et des propositions entières qui n'ont aucun sens. Le désir seul de se faire connaître l'a poussé à publier cet opuscule; en effet, voici ce que nous trouvons dans une poésie qu'il lui a dédiée.

Va t'en par le pays, cher enfant,
Que chaque Roumain par le monde te connaisse
Et te lise; car ainsi tu acquerras
Un renom immortel.

L'espace ne nous permettant pas de donner d'autres extraits de ce livre, nous continuons.

En 1885, il commence à écrire seulement en vers. Il a pensé ensuite à la philosophie et, un manuel de philosophie de M. Treb Laurian lui étant tombé dans les mains, il le lut plusieurs fois jusqu'à ce qu'il en fût bien pénétré. Alors, l'idée lui est venue de réformer la psychologie. C... ne voulant pas commencer cette réforme sans entendre les autres philosophes, se rendit à l'université pour écouter M. le professeur M... Il se tenait près de la porte et étudiait continuellement. M. le professeur M... nous dit que C... écoutait ce qu'il disait. Il n'allait pas pour apprendre quelque chose de M. M...; mais seulement pour comparer *la science qu'il possédait* avec celle de M. M...

Après avoir beaucoup étudié, il se décida enfin, en avril 1885, à réformer la psychologie. C... commença cette réforme en vers auxquels il donna le nom de *vers psychologiques*. Au mois de mai, sa réforme étant terminée, il la fit porter par son frère, avec une lettre, à M. le professeur M...

J'ai attendu, dit-il, que M. M... voulût bien m'appeler, je ne bougeais pas, j'étais comme un rocher, car j'avais affaire à la science. Bien que M. M... ne l'eût pas fait appeler, il remarqua lui-même que ce dernier s'intéressait à lui d'une manière indirecte, en priant diverses personnes de lui donner un emploi. Il refusa, car il voulait travailler; il vivait comme il pouvait et ne s'intéressait qu'à la science.

Un jour, il se décida à aller en personne trouver M. le professeur M... à la maison pour lui parler de sa réforme. Celui-ci lui répondit qu'il allait s'en occuper. M. M... étant parti pour Vienne, C... s'imagina qu'il était parti à cause de lui pour montrer sa réforme aux professeurs de cette ville.

Ici commence à se manifester aussi le délire érotique, qui consiste dans un amour idéal pour M^{lle} X... M^{lle} X... qui appartient à la haute société de Bucarest, venant à l'université et ayant entendu parler, dit-il, de C... comme d'un grand réformateur, a voulu le prendre à tout prix pour mari. Tel est la manière de comprendre de C... qui déduit des gestes de

cette demoiselle qu'elle le *provoque du regard et lui fait la cour*.

Alors C... qui était contre le mariage, s'est demandé pourquoi *il se marierait*. Assurément il n'en pouvait être de lui comme des autres hommes; en sa qualité de psychologue, il a pensé plus loin et l'idée lui est venue *que par le mariage il pouvait réformer aussi la religion*.

Il étudia M^{lle} X... pendant longtemps pour voir si elle méritait d'être sa compagne, et il s'est convaincu enfin qu'elle est digne de lui.

Alors il a commencé à la poursuivre de tous côtés, à la courtiser; mais jamais il n'a eu une pensée déshonnête, *il l'a courtisée sagement, sans s'approcher d'elle et sans être vu*.

Quelque temps après, il sentit que son esprit s'était éclairé et il lui dédie un travail, destiné à faire impression sur elle et à l'assurer qu'elle existe seulement pour lui.

Il intitula et écrit : *Activité universelle de la divinité*, qui ne travaille que par la Providence. La Providence seule *les a destinés pour être unis par le mariage*. Nous n'avons pas besoin de dire que M^{lle} X... ne pensait pas à C...

Enfin, un jour, il se rendit chez le père de M^{lle} X... et la demanda en mariage et celui-ci, voyant qu'il ne jouissait pas de l'intégrité de ses facultés mentales, le signala à la police où il fut conduit et de là envoyé à l'hospice, à la suite d'un rapport médico-légal.

Nous avons appris tout cela du patient lui-même, dans les nombreuses conversations que nous avons eues avec lui.

C... est d'une bonne constitution et d'un tempérament sanguin, il est assez grand de taille, son visage est osseux, les pommettes sont proéminentes, le front est étroit, les yeux sont petits et vifs, il porte toujours la barbe et les cheveux longs pour se donner l'air d'un savant. Ses mouvements sont mesurés.

Dans les premiers jours, il insistait pour sortir, il nous disait avoir réformé la psychologie et avoir envoyé sa méthode à M. le professeur M... pour l'étudier. Comme nous ne possédons pas ce travail, nous ne pou-

vons savoir ce qu'il contient. Nous possédons un autre ouvrage, écrit dans l'hospice et intitulé :

Voici quelque chose de profond. Une première partie : scientifique (1). Sur : l'Ontologie, la cosmologie et la métaphysique ?

Cet ouvrage comprend trois parties :

1° *La matière déclarée sans forme, présentée sous une seule forme l'existence et en possession d'une certaine forme.*

2° *La matière vivante en elle-même est calme près de la vie, près du mouvement, près de la révélation de la créature divine.*

3° *La matière est composée, comme forme caractéristique en soi, peut-être complète en soi, comme est la créature vivante.*

Dans tout ce travail, C... exprime certaines idées confuses, les mêmes phrases sont répétées à plusieurs reprises et n'ont aucun sens.

C... voyant qu'on ne lui rend pas la liberté, dit que M. le professeur M... et l'université l'ont envoyé ici jusqu'à ce qu'on ait étudié ses travaux philosophiques et qu'ensuite il sera mis en liberté. En attendant, C... écrit presque tous les jours et remplit des pages entières.

Dans une lettre adressée à M. M... il dit entre autres : *Assurément cette manière intelligente de procéder vient de votre part Monsieur : T. M. ou peut-être de plusieurs savants roumains : peut-être afin que vous puissiez étudier facilement et pratiquement, mes idées sublimes et bien arrêtées !*

C'est pourquoi il ne demande plus à être mis en liberté, il s'occupe continuellement. Au bout d'un mois, par suite d'une illusion, il nous dit que M^{lle} X... est venue pour lui à l'hospice et se trouve dans la maison de l'économe. Il nous dit cela avec beaucoup d'assurance et se promène tous les jours dans la cour vis-à-vis de l'habitation de l'économe, sur laquelle il tient ses regards attachés. Tous les visiteurs, toutes les personnes qui viennent dans la maison de l'économe sont, d'après ce qu'il dit, des prétendants, des candidats au mariage,

(1) Comme on le voit, la ponctuation est curieuse.

qui viennent demander la main de M^{lle} X..., et que celle-ci est torturée chaque jour dans cette maison (1). Ce qui signifie qu'elle a refusé tous les autres et qu'elle veut seulement de lui pour mari. Dans une lettre intitulée *élégie*, il déclare son amour à M^{lle} X... Voici quelques vers extraits de cette *élégie* :

Chérie, je pleure, montre-toi : Ton visage
 Aimable comme la douceur.
 Ah ! sois mon miroir : à moi
 Petite femme doucerette
 Plaintive et familière.
 Chère fille prends : ma main
 Afin que nous formions ainsi : une couronne
 Réformant une : Religion !
 Pleine peut-être : de mensonge !

Dans le cours du mois d'août 1886, a commencé à se manifester le *délire de la persécution*. Au commencement, il ne voulait manger que des œufs et du lait, ensuite seulement du fromage. Il ne touchait pas aux mets ; et même il nous montra à plusieurs reprises du rôti, disant qu'il était empoisonné.

À l'occasion d'un journal qu'il a eu entre les mains, le délire de la persécution devint chez lui plus manifeste. Il nous pria d'examiner des matières fécales et seul décrivait ce qu'elles présentaient. Il a adressé à M. M... une lettre dans laquelle il lui expose toutes les souffrances qu'il endure de la part de l'administrateur *sauvage*, il désigne ainsi une personne qui retient M^{lle} X... et, par suite, est la cause de toutes les persécutions qu'il endure.

Pourquoi est-il persécuté ? il l'indique dans une lettre ouverte adressée à M. Jean C. Bratiano. Voici comment commence cette lettre :

Pourquoi ?

Parce que par notre manière de procéder au mariage dans la famille et dans la nation, comme cela est aussi connu de vous : Jean Bratiano, ce qui dérive peut-être du nom Ivan ; de sorte que : nous deux nous

(1) La nuit il a des rêves, dans lesquels il voit M^{lle} X... près de lui, et aussitôt il a une pollution.

formons une nouvelle et première paire de familles réformatrices.

Il indique ainsi qu'avec l'aide de M^{lle} X... qui l'a choisi pour mari, il va réformer la religion.

Au cours de clinique, que M. le professeur D. Sutzov vient faire tous les dimanches, C... s'adresse aux étudiants d'un ton magistral et leur lit différents travaux. Tout événement, tout procès qui arrive et qu'il lit dans un journal est pour lui une occasion de travail et il écrit des feuilles entières pour indiquer son opinion. C'est ce qu'il a fait pour le procès Panu et la mise en jugement des professeurs de Iassi.

De la période prédélirante de la paralysie générale.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, les faits sur lesquels je me propose d'attirer votre attention ne sont pas absolument nouveaux ; on peut les trouver signalés par un grand nombre d'auteurs. Mais il m'a semblé que leur signification pathologique véritable n'a pas encore été dégagée, et c'est là le but de ce travail.

J'ai déjà publié quelques observations rentrant dans le cadre de cette étude.

C'est ainsi qu'il y a quatre ans environ, je communiquais à la Société médico-pratique (séance du 26 sept. 1883), trois observations de paralytiques généraux, atteints de troubles oculaires graves, alors que rien encore ne présageait le trouble mental.

1. L'un de ces malades, entré à Charenton en 1879, à l'âge de trente-cinq ans, avait eu, deux ans auparavant, de la diplopie avec un strabisme convergent de l'œil gauche : plusieurs oculistes avaient été consultés et de nombreux traitements institués. La diplopie guérit ; le strabisme persista jusqu'à la mort (mai 1880).

2. Un autre, né en 1844, entré en février 1883, avait un strabisme divergent de l'œil gauche, qui, survenu au début de la paralysie, dura plusieurs mois, disparut spontanément, et ne reparut pas tant que vécut le malade : la mort arriva en juin 1885.

3. Le troisième, enfin, admis en mai 1881, âgé de vingt-neuf ans, avait eu, six mois avant tout autre symptôme, et en pleine apparence de santé, de la diplo-

pie suivie de chute de la paupière supérieure gauche avec strabisme convergent de l'œil du même côté. Ces accidents, traités en vain par les médications les plus variées, se dissipèrent spontanément quelques semaines après l'entrée du malade, et ne reparurent pas jusqu'à la mort, survenue seulement en avril 1887.

Ces faits m'avaient paru exceptionnels; je ne les considérais que comme des complications fortuites, accidentelles, curieuses surtout en raison de leur rareté. En réalité, ils sont plus fréquents que je ne l'avais cru, et dans ces derniers temps, j'ai pu en recueillir un assez grand nombre. Aussi mon opinion, sur leur importance et sur l'interprétation qu'ils comportent, s'est-elle complètement modifiée.

Voici d'abord, brièvement résumées, quelques observations nouvelles à ajouter aux premières.

4. N..., lieutenant d'infanterie, trente-sept ans. Grave blessure au cou en 1871. Il y a deux ans, chute de la paupière supérieure gauche. On a cru à une syphilis et institué un traitement en conséquence. Au moment de l'entrée du malade (juin 1880), la démence paralytique était très prononcée, mais toute lésion oculaire avait disparu.

5. G..., pharmacien, quarante-et-un ans; père alcoolique. A l'âge de dix-neuf ans, syphilis qui fut convenablement soignée et guérie. Placé à Charenton en mars 1879. Trois ans auparavant, il avait eu une paralysie de la troisième paire, regardée et traitée comme spécifique; il n'en restait nulle trace au moment de l'admission. Mort, au bout de deux mois, de convulsions épileptiformes: l'autopsie n'a révélé que les lésions habituelles de la paralysie générale, rien qui pût être considéré comme syphilitique.

6. M..., épicier, trente-quatre ans; entré en janvier 1886. Tante maternelle et cousine germaine aliénées. En 1882 il avait eu des accidents du côté de la vision: vue trouble (?); ne pouvait plus lire, les lettres dansaient devant ses yeux. Ces troubles s'étaient dissipés au bout de peu de temps, sans traitement spécial; ils ne reparurent pas tant que survécut le malade. Mort dans le marasme en janvier 1887.

7. Ch..., employé au Ministère des finances; trente-

cinq ans ; mère aliénée. Entré en avril 1886. Premiers troubles intellectuels il y a deux ans, mais, il y a cinq ans, accidents du côté de la vision, qui furent traités comme s'ils étaient de nature syphilitique. Au moment de l'admission, la vue était, depuis longtemps, redevenue normale et elle l'est restée depuis.

8. P..., comptable, ancien sous-officier, quarante-huit ans. Entré en mai 1886. Trois ans auparavant, en pleine santé, avait été tout d'un coup atteint de paralysie de la paupière supérieure droite : cette paralysie n'était pas entièrement guérie au moment de l'admission.

9. C..., fabricant de vernis, quarante-trois ans ; entré en novembre 1880. En 1878 il avait eu de la diplopie et d'autres troubles oculaires qui avaient guéri, mais à partir de cette époque, céphalalgies opiniâtres. Mort en février 1882, d'attaques épileptiformes.

10. L..., maître d'hôtel, trente-deux ans ; entré en janvier 1887. A navigué pendant plusieurs années à bord des paquebots dans les mers de la Chine et du Japon. A eu une insolation à Sydney. Il y a deux ans, troubles de la vision qui affectent les deux yeux et que l'on traite par des remèdes populaires : l'un des yeux guérit. Pour l'autre, il fallut s'adresser à un spécialiste qui fit disparaître les accidents par des injections de pilocarpine. Quand le malade nous arrive, la paralysie générale est déjà avancée, les pupilles sont inégales, mais la vue est redevenue excellente.

11. R..., ancien boucher, quarante-huit ans. Trois ans avant son entrée (avril 1887), a eu de la diplopie avec strabisme convergent de l'œil droit et chute de la paupière droite. Le strabisme seul persiste ; la paralysie générale est bien caractérisée.

Ces observations suffisent pour montrer le genre de lésions oculaires dont je parle, il serait sans utilité d'en multiplier les exemples ; il suffit de savoir qu'elles sont loin d'être rares.

Il est une autre altération de l'œil, infiniment plus grave, puisqu'elle se termine fatalement par la cécité, c'est l'*atrophie progressive de la papille*. Je l'ai également rencontrée, quoique bien moins souvent, chez des paralytiques généraux. Elle a été signalée par Chareot. « Dans la paralysie générale, dit ce maître éminent, on

« observe quelquefois une lésion de la papille qui ne
« diffère en rien d'essentiel de celle qui se montre dans
« l'ataxie. » Mais Charcot a soin d'ajouter « que les
« lésions spéciales tabétiques se rencontrent, dans quel-
« ques cas, liées à la paralysie générale, et cette cir-
« constance permet peut-être d'expliquer l'occurrence
« fréquente de l'atrophie papillaire progressive dans la
« méningite chronique diffuse. » (Charcot, *Leçons sur les
maladies du système nerveux*, recueillies et publiées par
Bourneville, 2^e édit., II, Paris, 1877.)

Or, les faits que je possède paraissent précisément
offrir cette complexité, et c'est pour cela que je les laisse
actuellement de côté.

Je ne parlerai pas non plus de l'*inégalité pupillaire*,
qui est en quelque sorte un symptôme banal de la para-
lysie générale.

En résumé, les troubles que j'ai signalés dans les
observations qui précèdent sont, ou des troubles de
l'accommodation (diplopie), ou des troubles de l'appareil
musculaire (strabisme, chute de la paupière, etc.). Mais
ils se ressemblent, dans tous les cas, d'une manière
frappante :

— Ils surviennent en pleine santé apparente et d'une
façon soudaine ;

— Ils se dissipent, en général, assez vite, soit qu'ils
restent abandonnés à eux-mêmes, soit qu'on les traite
méthodiquement. Il semble que le traitement le plus
rationnel et le mieux indiqué soit sans action sur eux ;

— S'ils persistent, ils n'ont aucune tendance à s'é-
tendre ni à s'aggraver.

De prime abord, l'explication de ces phénomènes
paraît toute simple ; il semble naturel de leur attribuer
une origine spécifique. Telle a, du reste, été l'opinion de
tous les médecins qui ont été consultés : tous ont inva-
riablement institué le traitement antisypilitique. Moi-
même je m'étais rangé à cette hypothèse, non sans
hésitation. Car, si d'un côté il n'est pas douteux que
la syphilis ait réellement existé dans les antécédents de
quelques-uns des malades, il en est d'autres chez les-
quels il est certain qu'il n'y a jamais eu aucune trace
d'infection. Et s'il est vrai que le mode d'apparition des
lésions, leur nature, leur marche capricieuse, rappellent

ce que l'on observe dans les lésions du même genre franchement syphilitiques, — il faut reconnaître cependant qu'à l'inverse de ce que nous sommes habitués à voir, le traitement spécifique le mieux conduit reste impuissant, qu'il n'existe aucune altération syphilitique concomitante, enfin que la lésion primitive n'a aucune tendance à s'étendre ni à s'aggraver. J'ajouterai qu'à l'autopsie, je n'ai jamais trouvé ni gomme, ni exsudat.

Aussi, bien loin de considérer encore les accidents que je viens d'énumérer comme des accidents syphilitiques, suis-je arrivé à cette conclusion qu'il faut leur attribuer une origine toute différente, et les rattacher franchement au processus morbide de la paralysie générale elle-même. Et d'ailleurs, si l'on envisage ces troubles oculaires d'une façon générale, on ne peut s'empêcher de leur trouver une analogie singulière avec ceux qui ont été décrits chez les ataxiques. Si, dans le tabes, la diplopie, les paralysies musculaires, etc., sont avec raison considérées comme de véritables symptômes de la maladie caractérisant une période déterminée de son évolution, pourquoi n'en serait-il pas de même dans la paralysie générale?

L'analogie sera encore bien plus évidente, si, au lieu de considérer les troubles oculaires isolément, nous les rapprochons d'une série d'autres troubles, également nerveux, assez graves pour faire croire, de prime abord, à de véritables lésions organiques, que l'on rencontre aussi bien chez beaucoup de paralytiques généraux.

En voici un par exemple, chez lequel il y a eu des troubles gastriques allant jusqu'à simuler un cancer de l'estomac.

Obs. 12. Be..., quarante-sept ans, employé au chemin de fer de Lyon; un frère hémiplégique. Trois ans avant de délirer, maladie d'estomac, sur la nature de laquelle la femme du malade n'a pu me donner de renseignements précis. B... ne digérait pas, il avait des vomissements glaireux, des douleurs gastralgiques violentes: plusieurs médecins successivement consultés avaient prescrit, mais en vain, les traitements et les régimes les plus variés; pour les uns, ils'agissait d'un cancer, les autres ne croyaient qu'à une gastralgie; le délire éclate, tous les symptômes gastriques disparaissent, et, à la grande surprise de son en-

tourage, le malade, qui supportait à peine quelques euillerées de lait, mange indifféremment de tout, avec un appétit vorace, et il en fut ainsi pendant les deux ans qu'il vécut (il mourut en mai 1882, de convulsions épileptiformes).

Obs. 13. Telle est à peu près l'observation de B..., négociant, né en 1839, et entré à Charenton en avril 1880. Chez lui l'estomac fonctionnait mal depuis plus de deux ans ; il ne digérait plus, avait des douleurs gastralgiques. On avait fini par croire à un cancer et par le mettre au lait. Du jour où les troubles intellectuels apparaissent, les fonctions digestives redeviennent normales, et elles le restèrent jusqu'à la mort, survenue en avril 1886.

Chez ces deux malades (12 et 13), les accidents gastriques avaient revêtu un caractère de gravité et une persistance tels qu'on avait craint une lésion organique grave, un cancer. Et cependant il suffit que la maladie mentale prit son caractère définitif, pour qu'aussitôt la digestion redevint normale.

Dans les deux observations suivantes c'est l'intestin, plutôt que l'estomac, qui parut d'abord atteint.

Obs. 14. Un serrurier, 39 ans, entré en juillet 1883, mort de convulsions épileptiformes en juin 1885. Un an avant que l'intelligence fût troublée, il avait eu une diarrhée rebelle à tous les traitements. Cette diarrhée cessa d'elle-même, pour ne pas réapparaître, quand le délire survint.

Obs. 15. H... épicier, quarante ans, entré en juin 1886, avait depuis plus de deux années une diarrhée intense, accompagnée quelquefois de pertes de sang, et de violentes coliques. Un accès de manie éclate, avec idées de grandeur, agitation, etc. La diarrhée cesse, et ne reparait que par intermittence, et H... peut manger indifféremment de tout.

Fréquemment c'est l'appareil génito-urinaire qui paraît lésé d'abord.

Obs. 16. N..., notaire, 37 ans, entré en avril 1884, avec les symptômes d'une paralysie générale avancée. Deux ans avant les troubles intellectuels qui le forcèrent d'abandonner son étude, il avait eu des incontinenances d'urine et des douleurs vésicales, qu'on avait eu devoir attribuer à la position assise (?), et qu'aucun trai-

tement n'avait pu guérir. Sauf les incontinenances qui reparurent à la période ultime, je ne pus constater aucun symptôme du côté de la vessie : celle-ci fonctionnait normalement.

L'observation suivante est à peu près identique, mais plus concluante encore, car le malade, amené au début de l'accès maniaque, s'est calmé au bout de quelques mois, et, actuellement, sauf la déchéance intellectuelle, jouit d'une santé physique excellente.

Obs. 17. Ch..., employé des contributions indirectes, trente-huit ans, entré en mars 1887. Il avait depuis longtemps des alternatives de rétention et d'incontinence d'urine, pour lesquelles il avait eu vain suivi des traitements, et qui ont disparu spontanément.

Plus souvent encore que la fonction urinaire, c'est la fonction génitale qui est troublée. Je ne compte plus les paralytiques chez lesquels, depuis un temps plus ou moins long, on avait pu constater une véritable impuissance dont la cause prochaine restait inconnue. Les confidences que j'ai reçues à cet égard me permettent de croire que c'est un symptôme des plus fréquents. Aussi la surprise est-elle d'autant plus grande, quand, au moment où éclate le délire, survient une excitation érotique, dont la femme ou la maîtresse jugeaient le retour à jamais impossible.

Il n'est pas rare d'apprendre que certains paralytiques généraux, longtemps avant d'avoir présenté les troubles caractéristiques de la maladie mentale, ont souffert de douleurs tenaces dans les membres et dans les articulations, considérées comme des névralgies ou des douleurs rhumatismales.

Obs. 18. K..., voyageur de commerce, cinquante-trois ans, tante maternelle aliénée. Depuis plus de cinq ans le malade était tourmenté par une névralgie cervico-dorsale, rebelle à tous les traitements. Elle disparut quand se montrèrent les symptômes cérébraux.

Obs. 19. G..., propriétaire, quarante-quatre ans, grand chasseur et pêcheur passionné. Depuis longtemps il souffrait d'une sciatique, pour laquelle il fit une saison à Bourbonne. Un mois après son retour des eaux, congestion cérébrale pendant une partie de chasse, et dès lors

symptômes progressifs de la paralysie générale à laquelle il succomba.

Obs. 20. T..., employé des contributions indirectes, quarante ans, mère somnambule. Entré en mars 1879, mort au bout de six mois de congestion cérébrale. Ce malade, deux ans avant de présenter aucun trouble cérébral, avait été surpris dans une tournée par une tourmente de neige ; il n'avait retrouvé son chemin qu'après plusieurs heures et était rentré traîné de froid. À partir de ce moment il n'avait cessé de souffrir de douleurs dans les membres.

Quelquefois les troubles nerveux sont vagues, indéterminés.

21. B..., bibliothécaire à la Bibliothèque nationale, 42 ans, entré en mai 1883, mort, au bout de dix-huit mois, de convulsions épileptiformes. Ce malade avait été hypochondriaque pendant plusieurs années avant de délirer.

Obs. 22. C..., capitaine de cuirassiers, quarante-et-un ans. Depuis un an se plaignait de douleurs vagues dans la poitrine ; il éprouvait de la difficulté à respirer, ne pouvait plus supporter le poids de la cuirasse, et avait même dû songer à permuter dans un autre corps ; tous ces symptômes ont disparu quand éclata la crise délirante (1).

À tous les faits que je viens de rapporter, je joindrai ceux que l'on a décrits sous le nom de *troubles trophiques*, parmi lesquels je rappellerai notamment le *mal perforant du pied*, signalé dans le tabes, et dont j'ai

(1) On peut lire dans les leçons de Charcot deux observations se rapprochant de ces dernières et montrant que notre maître a eu l'intuition des liens qui semblent relier à la paralysie générale ces troubles nerveux mal caractérisés : « J'ai été consulté, dit-il (*loc. cit.*, p. 30), il y a quelques années, « deux malades accusant une foule de symptômes nerveux « bizarres, que je croyais pouvoir rattacher à l'hypochondrie. « Ces deux malades se plaignaient plus particulièrement de douleurs, revenant par accès, en tout comparables à celles de l'ataxie locomotrice. Ils ont tous deux présenté ultérieurement « les symptômes de la paralysie générale progressive. Je ne « doute pas que chez eux les bandelettes externes des faisceaux « postérieurs fussent déjà atteintes à l'époque où les douleurs fulgurantes constituaient à peu près seules toute la maladie ».

publié deux observations chez des paralytiques généraux (*Bulletin de la Soc. de médecine de Paris*, 1881). Je suis plus convaincu aujourd'hui que je ne l'étais alors, du lien étroit qui existe entre la lésion périphérique et la maladie principale. Depuis cette époque cependant, je n'ai revu cette complication qu'une seule fois, et chez un malade, qui, avant de devenir paralytique général, avait été longtemps tabétique.

Enfin, je mettrai dans le même groupe les cas singuliers que M. le professeur Vernicq, et après lui d'autres observateurs, ont signalés récemment à l'Académie de médecine : je veux parler des *ulcérations imaginaires de la langue*. Il est à noter que ces ulcérations imaginaires ont été vues surtout chez des candidats à la paralysie générale.

En résumant ce qui précède, j'arrive à cette conclusion, que, chez un certain nombre de paralytiques généraux (et le nombre croîtra d'autant plus qu'on s'appliquera davantage à ces recherches), on observe, avant l'apparition du délire, ou si l'on préfère, avant l'apparition des symptômes cérébraux, c'est-à-dire avant que la maladie soit confirmée, des troubles de nature fort diverse, affectant les sièges les plus variables, et pouvant simuler les affections les plus graves. On peut croire tantôt à une maladie de la vessie ou des reins, tantôt à une altération organique de l'estomac, etc. En réalité il ne s'agit que de troubles nerveux. En effet, il n'y a pas de lésion organique dans les viscères qui paraissent atteints, et la preuve, c'est que tous les symptômes inquiétants peuvent disparaître, quand le malade commence à délirer, et qu'à l'autopsie il n'y a jamais aucune trace d'altération de l'organe (1).

Quelle est maintenant la signification de ces troubles

(1) L'expérience prouve que la paralysie générale peut très bien évoluer parallèlement à une lésion organique viscérale. C'est ainsi que je l'ai vue coexister avec un cancer du foie, avec des affections organiques de la prostate, des reins, avec des maladies du cœur. Mais alors ces maladies se révèlent à l'autopsie avec leurs lésions caractéristiques, et, pendant la vie, elles n'ont jamais cessé de se manifester, même dans les périodes délirantes, par leurs symptômes propres.

nerveux, et comment faut-il les envisager par rapport à la paralysie générale?

Une première remarque à faire, c'est que tous ces troubles nerveux que je viens d'énumérer, troubles oculaires, gastriques, urinaires, etc., présentent une analogie frappante avec ceux que l'on observe dans le tabes. Ils ont leurs équivalents, presque leurs similaires, dans les lésions oculaires, les douleurs fulgurantes, térébrantes, les crises vésicales, gastriques, rectales, les arthropathies, et jusque dans les troubles trophiques qui sont des symptômes si caractéristiques de l'ataxie locomotrice progressive.

Or, de même que, dans l'ataxie, on a réuni tous les phénomènes pathologiques en un groupe unique, constituant la période *préataxique* du tabes, — de même je propose de réunir ceux que j'ai notés chez les paralytiques généraux, leur ensemble formant la *période pré-délirante* de la paralysie générale.

Ce point établi, il restera à déterminer si, déjà à cette période, il existe une lésion du système nerveux central qui puisse expliquer les troubles d'apparence si diverse. Charcot semble le croire, comme on l'a vu plus haut.

On peut supposer cependant qu'il ne s'agit que de troubles fonctionnels, puisqu'ils ne sont pas permanents.

Quoi qu'il en soit, ce sera à des recherches ultérieures d'élucider ce point. Actuellement je n'ai voulu dégager que la partie clinique du problème. Si mes vues sont exactes, il y aura un chapitre nouveau à ajouter à l'histoire de la paralysie générale.

Le médecin devra se préoccuper d'une façon toute spéciale, des troubles morbides, souvent difficiles à classer, que l'on voit survenir chez l'homme dans la période de la vie où il est exposé à la paralysie générale.

On arrivera peut-être, non seulement à trouver les signes différentiels qui permettent de prédire l'apparition prochaine, soit du tabes, soit de la paralysie générale, à une époque où actuellement nous ne pouvons rien dire encore. Peut-être aussi trouvera-t-on les remèdes, qui, appliqués à cette période, empêcheront l'évolution ultérieure du mal.

M. PAUL GARNIER. — Ce que M. Christian a voulu mettre en lumière dans sa communication, c'est ce fait important, à savoir que les lésions de la paralysie générale, ou tout au moins les altérations fonctionnelles qui signalent parfois le début de cette maladie, semblent mettre en cause, non seulement le cerveau, mais encore certaines paires nerveuses crâniennes, aussi bien, du reste, que la moelle et les nerfs périphériques qui en émanent. Cette participation possible de tout l'ensemble du système nerveux cérébro-spinal dans le processus morbide a, depuis longtemps, attiré l'attention des observateurs; elle a été signalée comme un exemple de la tendance à la généralisation des lésions nerveuses sclérosiques qui caractérise essentiellement l'encéphalite interstitielle diffuse.

M. Christian a insisté avec juste raison, selon moi, sur la fréquence relative des troubles oculaires, tels que le strabisme, la diplopie, le ptosis par paralysie de la troisième paire et l'atrophie papillaire dans le cours de la paralysie générale: il n'est sans doute aucun de nous qui n'ait eu à constater de semblables phénomènes, et, pour ma part, j'ai eu à les relever un certain nombre de fois. M. Christian citait tout à l'heure, à l'appui de sa thèse, l'opinion si autorisée de M. le professeur Charcot, qu'il me permette de rappeler aussi que M. Magnan a étudié cette même question des *relations entre les lésions du cerveau et certaines altérations de la moelle et des nerfs, dans la paralysie générale*, au double point de vue clinique et anatomo-pathologique. Les travaux auxquels je fais allusion ici datent déjà de vingt ans. La pathogénie des manifestations symptomatiques dont M. Christian vient de nous entretenir y est élucidée; d'après les recherches de mon savant maître, il s'agit là d'une altération anatomique, toujours la même, répartie sur des points nombreux de l'appareil nerveux, — cerveau, moelle, expansions nerveuses, — c'est la congestion irritative du tissu interstitiel aboutissant à l'hyperplasie conjonctive et à l'étonnement, à la destruction des tubes nerveux, en un mot à l'*atrophie scléreuse*.

Ce sont donc là des faits bien connus qui, suivant les cas, peuvent trouver leur explication tantôt dans la

superposition ou la succession du tabes dorsalis et de la paralysie générale, tantôt simplement dans ce fait que deux maladies présentent des analogies évidentes dans leur processus anatomo-pathologique, en arrivent presque nécessairement à se faire de mutuels emprunts, dans leurs manifestations cliniques.

Si je reconnais avec M. Christian la fréquence et l'importance diagnostique de ces troubles fonctionnels dépendant d'une lésion des nerfs crâniens de la moelle ou des nerfs périphériques, je ne suis plus autant de son avis quand il range exclusivement ces phénomènes dans ce qu'il appelle la « *période prédélirante* » de la paralysie générale. Et d'abord, qu'est-ce, au juste, que cette période? Où commence-t-elle? Où finit-elle et qu'est-ce qui la caractérise? J'entends bien que M. Christian veut désigner par là l'invasion de la maladie, ou ce que l'on est convenu d'appeler la *période prodromique*. Mais je crois que le terme « *prédélirante* » est plus impropre et peut entraîner quelque confusion: il semble impliquer, en effet, comme nécessaire et indispensable, l'existence du délire dans la paralysie générale, dès que la maladie est confirmée. Or, nous savons tous qu'il existe des cas, assez nombreux, où l'apparition du délire est fort tardive, où même il ne se montre jamais, le diagnostic s'établissant par la constatation de la déchéance intellectuelle profonde, alliée à certains signes physiques spéciaux. Ici donc, la *période prédélirante* arriverait à comprendre toute l'évolution morbide.

En résumé, les quelques observations que me suggère la communication de M. Christian portent, d'une part, sur cette dénomination, à laquelle je préfère, pour les raisons que je viens d'indiquer, celle de *période prodromique*, et, d'autre part, sur la limitation trop exclusive, selon moi, à cette même période, des phénomènes dont il nous a donné la description, phénomènes que l'on rencontre aussi à une époque beaucoup plus avancée de la maladie, et que les recherches anatomo-pathologiques ont permis d'interpréter à leur valeur véritable.

M. GILBERT BALLET considère tous les troubles signalés par M. Christian comme des troubles tabétiques,

par leur siège, leurs caractères, leurs modes d'apparition, leur marche par accès. Il y aurait plutôt lieu de considérer ces cas comme des combinaisons d'ataxie locomotrice et de paralysie générale, que d'ouvrir un chapitre nouveau sur cette question.

M. CH. FÉRÉ. — Parmi les symptômes que l'on peut rencontrer au début de la paralysie générale avant l'apparition du délire, j'en signalerai un qui ne figure pas dans l'étude de M. Christian, mais qui a déjà été décrit par M. Pitres à la première période de l'ataxie locomotrice (1). Chez deux malades qui sont devenus depuis des paralytiques avérés, j'ai observé avant tout trouble délirant des *crises de courbature* qui se présentaient sous un aspect tout à fait caractéristique. Ces crises survenaient brusquement, sans cause, au milieu de l'état de santé en apparence le plus parfait, durant des heures, un jour, ou même plus, et portaient non seulement sur les muscles, comme chez les malades de M. Pitres, mais encore sur les fonctions intellectuelles. Ce phénomène de prostration psychique par accès se montrait très marqué chez un professeur de rhétorique que j'ai observé avec M. le docteur Laurant, et qui, à une époque où sa mémoire et son intelligence n'étaient nullement atteintes, devenait tout à coup incapable de fixer son attention sur un sujet quelconque sans éprouver une sensation de fatigue extraordinaire qui le forçait, pour quelques heures, pour une demi-journée ou même davantage, à interrompre tout travail ; dès qu'il essayait de lire, même un article de journal, il était obligé de s'arrêter au bout de quelques lignes, il ne comprenait plus, il lui semblait que sa tête se vidait, comme disent quelques neurasthéniques. En même temps il devenait presque incapable de mouvement, était obligé de s'asseoir sur les bancs et sur les bornes dans le court trajet qui séparait le collège de son domicile. La crise cessait presque aussi brusquement qu'elle avait commencé, et le lendemain il n'en restait aucune trace.

(1) Pitres. *Crises de courbature musculaire au début de l'ataxie locomotrice progressive* (*Progrès médical*, n° 28, 1884, p. 559).

Si les faits signalés par M. Christian et ceux qu'on pourrait ajouter, montrent bien qu'an début de la paralysie générale on peut trouver des symptômes appartenant au tabes fruste, aussi bien que des troubles plus caractérisés d'ataxie locomotrice, combinaison déjà signalée avant M. Charcot et M. Magnan par Baillarger, M. Westphal, etc., il n'en résulte pas que ces troubles d'apparence médullaire appartiennent en propre à la paralysie générale, et je m'associe aux réserves que vient de faire M. Ballet. On n'est pas autorisé à considérer ces troubles de tabes fruste comme caractérisant une période prédélirante de la paralysie générale; on ne pourrait nier l'origine médullaire, la nature tabétique de quelques-uns d'entre eux que si on avait des autopsies montrant l'intégrité absolue de la moelle. A défaut d'autopsies de ce genre, on est en droit de penser que les troubles périphériques et en particulier les troubles urinaires, les douleurs fulgurantes précédant les troubles psychiques, trahissent des lésions médullaires du tabes ataxique, qui actuellement ne paraissent pas complètement isolables de celles de la méningo-périencéphalite diffuse.

M. CHRISTIAN. — Je répondrai à M. Garnier que j'ignore si peu les travaux publiés par M. Magnan et par d'autres observateurs, tels que MM. Foville et Billod, que j'ai eu grand soin de les signaler lorsque j'ai publié mes premières observations, en 1883. Mais aujourd'hui je parle de faits de tout autre nature. Ce ne sont pas des complications de la paralysie générale que j'étudie, ce sont des troubles morbides qui apparaissent à une époque où la paralysie générale n'est même pas soupçonnée. Or, je crois que déjà alors les troubles morbides appartiennent en réalité à la paralysie générale.

M. Garnier me fait remarquer que les complications dont il est question tiennent à des lésions anatomiques bien connues. Mais je n'ai nullement insisté sur cette question et je n'ai pas cherché à la discuter ni à la résoudre: je m'en suis tenu exclusivement à la question clinique. M. Garnier d'ailleurs m'objecte précisément des faits, — ceux d'atrophie progressive de la papille, — que j'ai écartés de parti pris de mon travail.

Enfin, quant à l'expression de *période prédélirante* que critique mon honorable contradicteur, j'avoue que je n'y tiens pas spécialement : je l'ai choisie parce qu'il m'en fallait une, et qu'elle m'a paru indiquer assez bien qu'il est question d'une période antérieure à celle des troubles cérébraux, c'est-à-dire de la maladie confirmée.

Je ne pense pas, comme semblent le croire MM. Ballet et Féré, que mes malades aient été des ataxiques devenus plus tard des paralytiques généraux. Je crois qu'il n'est pas rare de voir la paralysie générale succéder à l'ataxie locomotrice ; j'en ai vu et même publié des exemples. Mais alors l'ataxie locomotrice s'est manifestée pendant un temps souvent fort long par ses symptômes classiques, ce qui n'a eu lieu dans aucune de mes observations.

M. GILBERT BALLET. — Les malades de M. Christian ne diffèrent des autres ataxiques que par un moindre degré de développement, et si ce ne sont pas des ataxiques, ce sont des médullaires, mais non encore des cérébraux.

M. FALRET. — Cette question des rapports de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale a été souvent étudiée. M. Baillarger en a publié plusieurs observations ; mais la question est encore pendante, parce que les autopsies sont rares. Ainsi M. Masson, un de mes élèves, a fait de cette question le sujet de sa thèse, dans laquelle il a rapporté un certain nombre d'observations, mais toujours sans autopsies.

Quoi qu'il en soit, on peut envisager cette question des rapports de l'ataxie locomotrice de trois façons différentes : ou bien on peut admettre la combinaison de ces deux affections, ou bien on peut considérer que le mal s'est propagé de haut en bas (propagation descendante), ou de bas en haut (propagation ascendante.) J'ai observé parfois des paraplégiques qui sont devenus paralytiques généraux et chez lesquels la paraplégie avait disparu lorsque le délire s'est établi.

M. CHRISTIAN. — Je crains d'abuser de votre attention : permettez-moi cependant de dire un mot encore pour bien établir le sens de ma communication. Et d'abord je n'ai eu en aucune façon l'intention de traiter des

rapports de la paralysie générale avec l'ataxie locomotrice ; c'est là une question que j'ai entièrement laissée de côté. Ce que j'ai voulu dire, c'est ceci : chez un très grand nombre de paralytiques généraux, on a pu observer, à une période bien antérieure à celle où la maladie a été reconnue, un certain nombre de troubles morbides, d'apparence variée, mais se ressemblant par leurs caractères généraux. En outre, ces troubles morbides ont une ressemblance frappante avec ceux que l'on observe dans la période préataxique de l'ataxie locomotrice. Je crois que tous ces symptômes doivent déjà être attribués à la paralysie générale, qu'ils en caractérisent la période *prodromique*, ou, comme je l'ai dit, la période *prédélirante*, par analogie avec la période *préataxique* du tabes. Existe-t-il déjà à cette période des lésions anatomiques ? Je l'ignore. Mais quand même il serait démontré que ces lésions existent et qu'elles siègent dans la moelle, on n'en pourrait pas conclure qu'il faille confondre ces phénomènes précurseurs de la paralysie générale avec ceux de l'ataxie, et dire tout simplement que ces paralytiques ont commencé par être des ataxiques. C'est là une conclusion que je ne saurais admettre.

Hallucinations auditives à la suite de troubles de l'ouïe.

M. GILBERT BALLET fait une communication sur un cas d'hallucinations auditives, survenues à la suite de troubles de l'ouïe.

Il s'agit d'un malade âgé de trente-huit ans, actuellement en observation à l'hôpital Bronssais, qui à la suite de chagrins de famille ressentit, au cours de l'année 1886, des bourdonnements d'oreille limités au côté gauche au début, puis bilatéraux.

Les hallucinations apparurent peu de temps après. Elles consistèrent tout d'abord en des bruits vagues, et se caractérisèrent bientôt avec plus de netteté. Actuellement le malade entend des voix qui sont toujours celles de son oncle ou de sa femme. Ces voix le « suivent pas à pas » pendant une, deux heures de suite, quelquefois plus. Elles sont tantôt menaçantes, tantôt impératives, tantôt moqueuses. Elles disent par exemple : « Nous te surveillons ; tu ne trahiras personne ; tu ne déshonoreras

pas ta famille; ne pense plus à ta femme, c'est une coquine; pense à ta mère, etc. ». Le malade les entend aussi bien de l'oreille droite que de l'oreille gauche. Il ne s'abuse nullement sur leur nature, et s'est toujours rendu parfaitement compte qu'il est le jouet d'une obsession malade. Les hallucinations sont presque constamment précédées de bourdonnements d'oreille.

Ce cas, fait observer M. Ballet, semble au premier abord donner raison aux auteurs (Ball, Régis, Boucheron) qui subordonnent certaines hallucinations aux troubles des organes des sens.

Mais il n'y a là qu'une apparence. Discutant son observation, M. Ballet montre que son malade était un nerveux bien avant d'être un halluciné, que si chez lui les hallucinations se montrent d'ordinaire à la suite et peut-être à l'occasion des bourdonnements d'oreille, elles naissent aussi sous l'influence de diverses impressions d'un autre ordre, impressions visuelles, par exemple. Il s'agit là, en somme, d'un sujet chez lequel la plupart des réactions nerveuses se traduisent par l'hallucination de l'ouïe, comme chez d'autres elles se traduisent par des impulsions par exemple.

M. Ballet ne pense pas qu'un trouble sensoriel puisse de toute pièce engendrer des hallucinations. Ce trouble intervient tout au plus à titre de cause occasionnelle, comme le fait, chez certains individus, une simple impression auditive. A ce propos, M. Ballet rapporte le cas curieux de Paolofsky, cité par Tourgueneff. Paolofsky, étant en prison, éprouvait des hallucinations de l'ouïe très nettement caractérisées lorsqu'il lui arrivait de produire, en marchant dans sa cellule, un certain bruit avec ses pantouffles.

Ce n'est pas la cause occasionnelle, c'est la prédisposition nerveuse qui crée l'hallucination.

Dans les cas analogues à celui du malade de M. Ballet, on a affaire à des dégénérés qui ont des perceptions fausses, comme d'autres ont des impulsions, de l'onomatomanie, de l'inversion du sens génital. Au point de vue de la physiologie pathologique, on peut envisager l'hallucination verbale de l'ouïe comme le résultat d'une excitation morbide du centre des images auditives des mots. On serait en droit dès lors de la rapprocher de certaines

formes d'onomatomanie, qui semblent dépendre d'une excitation anormale du centre des images verbales motrices.

Les hallucinations auditives, analogues à celles observées chez le malade dont il s'agit, doivent être rangées parmi les stigmates psychiques de la dégénérescence. Elles présentent, en effet, les deux caractères principaux de ces stigmates ; en premier lieu, elles sont obsédantes, et déterminent chez le malade un état d'angoisse des plus pénibles ; en second lieu, elles sont conscientes, en ce sens que le malade ne s'abuse pas sur la réalité des voix qu'il entend.

M. BALL. — Messieurs, le cas très intéressant que vient de vous rapporter M. Ballet et les commentaires dont il l'a fait suivre, ne me paraissent pas conduire au renversement de la doctrine que j'ai déjà formulée dans mon enseignement, et que j'ai consignée dans une communication à l'Académie. Je n'ai jamais nié la part que prend l'intelligence aux phénomènes de l'hallucination ; j'ai seulement dit que le point de départ de toute hallucination était un trouble sensoriel. Ce point de départ une fois donné, c'est dans le trésor de la mémoire que l'esprit du malade puise les éléments qui donnent une forme et pour ainsi dire un *costume* à l'hallucination.

Or, le malade de M. Ballet présente des hallucinations *élémentaires*, puisqu'il a des bourdonnements ; de plus, il a l'appareil auditif malade, puisqu'il présente de l'hyperacousie. Ces deux faits semblent établir l'existence d'un état morbide, sur lequel les hallucinations de l'ouïe peuvent facilement venir se greffer, si les prédispositions individuelles sont favorables, et c'est précisément ce qui semblerait exister dans le cas présent.

M. CH. FÉRÉ. — Je demanderai la permission de faire quelques réserves relativement à la citation de Tourguéneff qui termine la communication de M. Ballet. Je crois que ce serait à tort que nous nous laisserions aller à accepter, comme des documents scientifiques, les faits rapportés par les littérateurs. Beaucoup de romans, d'études littéraires et même de travaux philosophiques contiennent des faits pathologiques ou psychologiques

qui ne sont pas rattachés à leur véritable source, et sont plus ou moins défigurés pour les besoins de la cause. En empruntant à des auteurs, qui n'ont pas d'ailleurs la prétention de relater des faits scientifiquement observés, on s'expose à faire entrer en ligne de compte des observations purement imaginaires ou qui ont déjà été enregistrées sous d'autres formes. A l'appui de cette réserve je citerai une anecdote qui m'est personnelle.

J'ai eu occasion, il y a quelques années, d'observer un ensemble de phénomènes singuliers que j'ai décrits à tort ou à raison sous le nom de *névrose électrique* (1). J'avais cité à l'appui de mon observation un fait que j'avais trouvé dans un roman de M. de Goncourt, *la Fille Elisa*. Peu après la publication de mon mémoire, je fus pris d'un doute, j'allai trouver M. de Goncourt et lui demandai s'il avait vraiment observé le sujet dont il parlait dans son livre. « Non, me dit-il, je tiens le fait du docteur Liouville » ; je cours chez M. Liouville ; mais lui non plus n'avait pas vu « Alexandrine Phénomène » ; il se souvenait vaguement d'avoir lu quelque chose sur cette question. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs jours qu'il put m'indiquer la source où il avait puisé son renseignement ; c'était une note de la *Gazette des hôpitaux*, parue plusieurs années auparavant et que j'avais d'ailleurs citée dans mon mémoire. La littérature m'avait fourni un document de plus, mais il était faux.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

(1) *Progrès médical*, 1884, p. 540.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX AMÉRICAINS

The Alienist and Neurologist.

Année 1883.

NUMÉRO DE JANVIER.

- I. — *Sclérose descendante secondaire bilatérale et atrophie intéressant surtout le pont de Varole et la moelle allongée. Myélite diffuse légère*; par le D^r Julius Mickle, Grove hall asylum (Londres).

Après avoir fait remarquer combien sont rares les dégénérescences secondaires bilatérales, l'auteur en décrit une forme qui affecte principalement le pont de Varole, la moelle allongée et aussi la moelle épinière, mais à un bien moindre degré. Cliniquement cette lésion se traduit par des symptômes particuliers, distincts de ceux qui accompagnent la sclérose primitive ou idiopathique de la moelle décrite par Erb et de ceux de la paraplégie ou de l'ataxie locomotrice.

L'observation qui suit est celle d'un cas dans lequel la lésion consistait en une atrophie, avec diminution de volume et disparition des éléments nerveux, ainsi qu'une légère tendance à l'induration. Certains nerfs crâniens avaient subi une atrophie avec induration, comme dans la névrite descendante chronique. La sclérose partait de la capsule interne et devenait évidente surtout au pont de Varole et dans la moelle allongée; les cordons latéraux étaient à peu près intacts, ainsi que les cordons postérieurs; la moelle, en général, paraissait plus pâle que de coutume.

Cette lésion se traduisait dans une première période par des troubles de la démarche, un peu d'anesthésie plantaire, sans anesthésie tactile ni analgésie des jambes, de l'hésitation dans la parole et un peu de bégaiement.

A une période plus avancée, les symptômes précédents s'ac-

centuent; les troubles de la motilité et de la sensibilité des membres inférieurs sont beaucoup plus marqués. Dans la parole on observe d'abord de l'hésitation à prononcer les mots, puis après une longue pause occupée à faire des efforts pour parler, le malade prononce avec volubilité un flot de paroles bientôt interrompu par une nouvelle hésitation.

Ces divers symptômes, observés chez un sujet syphilitique âgé de trente-cinq ans au début de la maladie, eurent, pendant trois ans que dura l'observation, des alternatives d'augmentation et de diminution, entrecoupées par des attaques avec faiblesse dans les membres inférieurs, perte de connaissance, vertige, paralysie oculaire et strabisme.

L'auteur fait suivre ce long exposé du diagnostic différentiel de cette affection avec l'ataxie locomotrice et la paralysie spinale spasmodique.

II. — *Histoire d'un mangeur d'opium racontée par lui-même pendant qu'il en perdait l'habitude*; par le D^r C. H. Hughes (Saint-Louis).

Dans une série de lettres à son médecin, que le D^r Hughes publie littéralement, ce malade décrit avec un soin minutieux tous les symptômes qu'il éprouve et montre quel courage presque surhumain il lui faut pour résister à sa funeste passion. Soutenu par une volonté tenace que l'on rencontre bien rarement, il parvient à surmonter tous les obstacles en suivant ponctuellement toutes les prescriptions qui lui sont faites. Celles-ci ont consisté dans la diminution progressive et lente des doses d'opium qu'il avait l'habitude d'ingérer chaque jour et dans leur remplacement par des doses progressivement croissantes d'une solution substitutive où prédomine le sulfate de quinine associé au chanvre indien.

III. — *De l'assistance à donner aux ivrognes chroniques et aux aliénés buveurs*; par le D^r Albert Blodgett, de Boston.

A côté des ivrognes chroniques qui, grâce aux excitations de toutes sortes qu'entraînent les progrès de la civilisation, sont, dans la société, le triste résultat de la vie à haute pression que l'humanité mène de nos jours, il y a des malheureux à organisation psychique originellement défectueuse chez lesquels les moindres habitudes alcooliques déterminent des accès de délire plus ou moins violents, sans produire aucun des symptômes que l'alcool fait ordinairement naître chez ceux qui n'ont pas

cette tare héréditaire. Ces aliénés buveurs, ainsi que les ivrognes chroniques, forment une classe de malades à laquelle le Dr Blodgett s'intéresse particulièrement et pour laquelle il réclame une assistance différente de celle qui leur est actuellement accordée. Pour le moment, ces malades sont dispersés ou dans les prisons où les ont conduits leurs violences, ou dans les asiles d'aliénés. Ils ne sont à leur place nulle part ; en effet, de même qu'il est inhumain de les considérer comme des criminels et de les emprisonner, puisque ce sont des malades irresponsables ; de même aussi, il est inopportun de les internier dans des asiles d'aliénés, car ils n'y sont pas entrés que la cessation brusque des symptômes d'aliénation qu'ils présentaient les en fait immédiatement sortir. Ce qu'il faudrait aux uns comme aux autres, c'est une direction, une protection intelligente leur fournissant les soins hygiéniques et les occupations sociales dont ils ont besoin pour se soustraire aux influences fâcheuses auxquelles ils sont incapables de résister. Ce sont des gens qui, dans des conditions spéciales de protection et de surveillance, pourraient vivre de la vie commune et n'ont aucun besoin d'être internés.

Sans se dissimuler les difficultés qu'il y aurait à organiser une semblable assistance, le Dr Blodgett insiste pour qu'on s'en occupe et indique le système des colonies, telles qu'il en existe en Belgique et en Prusse, comme celui qui remplirait le mieux le but que l'on se propose.

On peut objecter qu'il vaudrait mieux prévenir l'ivrognerie que de chercher à enguérir les effets lorsqu'elle est déjà établie. L'auteur reconnaît la justice de cette critique ; mais, ajoute-t-il, il ne faut pas oublier que la prévention de l'ivrognerie est une question qui est restée jusqu'à aujourd'hui, dans le domaine purement spéculatif et pour la solution de laquelle il n'a été encore rien fait de sérieux, tandis que les effets du mal s'étaient à tous les yeux et réclament de nous des moyens pratiques pour les atténuer.

IV. — *Syphilis cérébrale manifestée par des troubles fonctionnels isolés dans la sphère du nerf trijumeau. — Conjonctivite persistante et anesthésie faciale* ; par le Dr Allan Mehlum Hamilton.

Ce que cette observation offre de plus remarquable, ce sont des troubles vaso-moteurs dans la peau de la face et dans la muqueuse du nez et de la bouche.

V. — *Un cas de perversion sexuelle*; par le D^r P. M. Wise, médecin assistant de l'asile d'aliénés de Villard.

Ce cas est celui d'une veuve de cinquante-six ans, nommée Lucy-Anne Slater. Cette femme, d'un tempérament érotique n'a jamais eu de penchant que pour les personnes de son sexe. Malgré sa répulsion pour les hommes, elle se maria à vingt ans sur les instances de sa famille, se conduisit en épouse respectable et donna naissance à une fille qui vit encore. Mais après avoir perdu son mari, elle donna libre cours à ses tendances naturelles. Elle se considéra comme un homme et se conduisit comme tel. Elle prit le nom de Joseph Lobdell, sous lequel elle fut longtemps connue. Elle se mit à vagabonder, habillée en homme, n'ayant de plaisir que pour les exercices masculins. Elle fut un intrépide chasseur, vécut pendant longtemps chez les Indiens où elle menait la vie des trappeurs. Finalement elle s'attacha à une jeune femme de bonne éducation, dont elle avait fait connaissance dans un asile de charité. Elle continua avec cette nouvelle compagne sa vie errante, vivant avec elle comme mari et femme. L'inclination de ces deux êtres l'un pour l'autre parut réciproque, car notre héroïne, ayant été mise en prison pour vagabondage, fut réclamée avec instance par sa prétendue épouse:

A peu de temps de cet incident, elle fut prise d'accès de manie qui la conduisirent à l'asile de Villard où le D^r Wise put l'observer pendant deux ans. Là elle montra des accès d'érotisme masculin dans lesquels elle cherchait à assouvir sa passion sur les personnes de son sexe, avec des alternatives de dépression physique et mentale. Peu à peu elle devint démente. Elle présentait comme anomalie générale un développement exagéré du clitoris recouvert par un large prépuce.

Le D^r Wise insiste pour que l'on considère ces cas de perversion sexuelle comme une forme particulière d'aliénation mentale.

Cette observation est à ajouter à celles qui ont été rapportées par Westphal, Krafft-Ebing, etc., et n'a d'autre intérêt que celui d'une curiosité scientifique.

VI. — *Phénomènes cliniques et thérapeutique du delirium tremens*; par le D^r Edward C. Mann, de New-York.

Après avoir brièvement décrit les symptômes cliniques du delirium tremens, l'auteur cherche à en établir les causes pré-

disposantes. Avec le Dr Laycock il admet que ces causes consistent principalement en une condition morbide spéciale du cerveau et de ses vaisseaux, associée à une altération du sang en général et des principaux viscères.

Cette condition spéciale du cerveau et de ses vaisseaux résulte :

1° De l'excitation habituelle de cet organe causée ou par l'ingestion de substances irritantes, telles que l'alcool ou l'opium, ou bien par des agents d'un autre ordre, tels que les travaux intellectuels, des émotions vives ou des excès sexuels.

2° D'une prédisposition constitutionnelle aux névroses. Un tempérament nerveux disposant à la folie, à l'épilepsie, à la dipsomanie.

3° Enfin, d'un état pathologique du cerveau, déterminé par une lésion traumatique, inflammatoire ou autre.

L'altération du sang consiste dans la présence dans le sang de l'alcool d'abord et ensuite d'un excès de matières excrémentielles, carbone, acide carbonique, bile ou urée, qui coïncide avec une diminution correspondante de la quantité des matériaux nutritifs résultant de la perte de l'appétit et du trouble apporté aux fonctions digestives.

Parmi les lésions viscérales prédisposant le mieux au *delirium tremens*, le Dr Mann cite surtout : les affections inflammatoires gastro-intestinales, l'hépatite, la néphrite chronique, la congestion des reins, et les lésions organiques du foie (dégénérescence graisseuse et cirrhose), de l'estomac (ramollissement chronique et ulcération) et des reins (maladie de Bright et sclérose rénale).

Le traitement de cette affection découle des considérations étiologiques précédentes. L'auteur s'élève particulièrement contre l'opinion de certains médecins, qui croient que la nature essentielle du *delirium tremens* consiste en une faiblesse cérébrale causée par la cessation brusque du stimulant accoutumé. Dans la plupart des cas, le stimulant est supprimé parce que le malade ne peut plus boire davantage ; le *delirium tremens* dépend beaucoup plus d'une alimentation insuffisante et du manque de sommeil que d'un manque de stimulant. On doit donc en principe ne jamais donner à un malade de l'alcool pas plus que l'opium dont l'emploi n'est pas sans danger.

Dans le traitement du *delirium tremens* deux cas sont à considérer : ou bien le malade est un buveur de profession, alors à son affection aiguë s'ajoute un état général d'épuisement et

de faiblesse dont il importe beaucoup de tenir compte et qu'il faut s'empresse de combattre par des consommés concentrés et peptonisés de bœuf, il faut avant tout le nourrir; ou bien il ne boit pas habituellement, est d'une bonne constitution et n'a à se reprocher qu'un excès de boisson purement accidentel, dans ce cas il n'y a pas épuisement mais congestion du centre nerveux, et les calmants sont les médicaments auxquels on doit tout d'abord avoir recours.

Le D^r Mann indique les inhalations de chloroforme comme très efficaces pour calmer l'agitation et procurer le sommeil.

Il conseille le repos absolu dans une chambre sombre et éloignée de tout bruit, puis l'ipéca et les diaphorétiques, enfin la digitale dont il fait le plus grand cas et qu'il considère comme le véritable antagoniste physiologique de l'alcool.

VII. — *Des maladies de la vieillesse. (Extrait d'un mémoire lu devant l'Association médicale de l'Illinois méridional);* par le D^r H. Wardner, d'Anna Illinois.

Dans ce mémoire le D^r Wardner étudie spécialement les affections cérébrales qui dépendent d'une altération des vaisseaux. Il expose avec soin l'anatomie pathologique de l'athérome qui n'est autre chose qu'une artérite chronique avec dégénérescence graisseuse et calcaire. Les anévrismes miliaires de Charcot et Bouchard sont la cause la plus fréquente de l'hémorrhagie cérébrale, mais non la seule; Hammond a fait remarquer que souvent on n'en trouvait pas traces et que l'hémorrhagie pouvait être aussi la conséquence de l'athérome. Cette affection joue chez les vieillards un rôle prépondérant.

Après avoir décrit le diagnostic différentiel de l'hémorrhagie cérébrale avec la congestion, l'urémie, l'alcoolisme et l'embolisme, l'auteur rapporte deux observations, l'une d'embolisme et l'autre d'hémorrhagie qu'il donne comme exemples et dont il indique rapidement le pronostic et le traitement. L'acide lactique a été vanté contre l'athérome, mais il ne peut encore être considéré comme un médicament curatif de cette lésion.

VIII. — *De la neuratrophie comme cause de l'ivrognerie. Etude clinique;* par le D^r Crothers, d'Hartford, Connecticut.

Quel que soit l'état pathologique que l'on désigne par les termes de neuratrophie ou neurasthénie, l'idée que généralement on s'en fait est celle d'une inaptitude des centres nerveux à accomplir les fonctions normales de la vie. Le D^r Crothers

passé en revue les diverses définitions qui ont été données de cet état morbide par Beard, Jewell et s'arrête à celle du Dr Hughes pour qui la neurasthénie est un trouble général de la nutrition normale en rapport avec la production de la force dans les centres nerveux les plus élevés et spécialement dans les centres psychiques. Les symptômes de nutrition nerveuse insuffisante se traduisent par de l'irrésolution, de la timidité, des terreurs et des craintes, des soupçons morbides et sans fondement, enfin des hallucinations et des illusions, tous symptômes qui ne sont pas naturels à l'individu dans son meilleur état de santé.

Or, la plupart de ces symptômes s'observent chez les ivrognes avant qu'ils ne soient adonnés à l'alcool, ils prédisposent donc à l'ivrognerie. Plus tard, l'ingestion de l'alcool semble avoir accrue l'intensité des phénomènes neurasthéniques, et changer en une affection organique incurable une maladie qui ne consistait au début qu'en un trouble fonctionnel.

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles ces diverses phases paraissent bien démontrées et il conclut en ces termes :

1° La neuratrophie et la neurasthénie sont des conditions pathologiques du cerveau et des nerfs qui prédisposent fortement à l'ivrognerie, en préparant le terrain et en faisant naître des forces qui la développent sous l'influence des causes les plus légères.

2° L'alcool, comme remède opposé aux phénomènes de neuratrophie, est un narcotique d'une efficacité séduisante, mais qui ne se bornant pas à calmer la douleur, a le tort d'augmenter les véritables dégénération pour lesquelles on l'administre.

3° La reconnaissance de la neuratrophie comme cause active de l'ivrognerie donnera des indications précieuses pour le pronostic et le traitement de cette affection.

4° L'ivrognerie et son traitement ne peuvent être compris si l'on ne fait pas une étude clinique attentive de chaque cas, comprenant l'histoire tout entière du sujet avant que le mal se soit déclaré, et embrassant toutes les conditions qui ont pu lui donner naissance.

Dr ALBERT CARRIER.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par Ch. Féré, médecin adjoint de la Salpêtrière. 1 vol. in-8. Aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, et chez M. O. Delahaye et Lecrosnier, édit. Paris, 1886.

Littre et Robin, en leur *Dictionnaire de médecine* (12^e édition), entendent par anatomie médicale, l'« application de toutes les notions d'anatomie, soit normale, soit pathologique, à l'étude des maladies dites internes, considérées dans leurs causes, leurs symptômes et leur thérapeutique ». Ainsi compris, le programme est très vaste, même lorsqu'il ne s'agit de l'appliquer qu'à un système de l'économie; mais il est surtout difficile à réaliser, lorsqu'on aborde un sujet aussi controversé que l'anatomie physiologique et pathologique du système nerveux. La difficulté n'a pas arrêté M. Ch. Féré; ses études antérieures, ses fonctions de chef des travaux anatomo-pathologiques à la clinique des maladies du système nerveux, les leçons de son savant maître, M. Charcot, le préparaient à accomplir dignement la tâche qu'il s'est imposée et qu'il résume dans les lignes suivantes de son avant-propos :

« Ce traité élémentaire n'a pas pour but de présenter une exposition complète des connaissances acquises dans l'anatomie du système nerveux; l'étude de l'anatomie fine y tient peu de place, et un bon nombre de dispositions anatomiques qui n'ont pas encore été mises en rapport avec une fonction ou troubles pathologiques ont été négligées. C'est un résumé sommaire d'anatomie descriptive et topographique, comprenant les applications médicales les plus importantes et les mieux établies. »

Le livre se divise en deux parties : la première consacrée à l'étude du système nerveux central, la seconde à celle des nerfs périphériques, en y comprenant le grand sympathique. Chacune des sous-divisions est traitée de la manière suivante : description anatomique de l'organe, quelques mots sur sa fonction, enfin, les lésions auxquelles il peut être sujet ou les troubles fonctionnels qui sont sous sa dépendance.

Il nous est impossible de suivre l'auteur, chapitre par chapitre, et nous le regrettons, car nous aurions maintes choses intéressantes à relever. Nous ferons cependant une exception pour les chapitres II, III et IV de la première partie qui traite de la configuration extérieure et intérieure de l'encéphale, puis des hémisphères cérébraux. En cent cinquante pages, M. Ch. Féré a su résumer admirablement les travaux les plus récents. Élève distingué de M. le professeur Charcot, il expose avec talent les idées de son maître sur les localisations cérébrales, dont il est un partisan convaincu, et au développement desquelles il a contribué d'ailleurs par de nombreuses recherches personnelles. Il nous faut encore signaler tout spécialement le chapitre VI qui est consacré à l'étude de la circulation des centres nerveux encéphaliques. Les mémoires publiés par Heubner en Allemagne et par Duret en France, ont éclairé d'un nouveau jour cette importante et difficile question. Avec M. Féré comme cicerone, on suit sans fatigue et avec intérêt cette riche irrigation sanguine de l'encéphale, on se reconnaît aisément au milieu de ces nombreux territoires vasculaires, dont la connaissance est d'une si grande utilité au point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, ainsi que le prouvent les dernières pages de cet important chapitre.

Tous ceux qui connaissent l'œuvre scientifique, déjà si riche de M. Ch. Féré, n'éprouveront aucun étonnement des éloges que nous adressons à son nouvel ouvrage. Il y montre de grandes qualités d'exposition; les descriptions anatomiques sont d'une clarté et d'une netteté qu'on ne trouve pas toujours dans les ouvrages de ce genre: on a conscience, en lisant, que l'auteur a vu ce qu'il décrit et qu'il a le don de faire saisir au lecteur ce qu'il a vu. Il sait aussi ce que les autres ont écrit sur les questions qu'il traite; son érudition est étendue et de bon aloi. Ce nouveau *Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux* mérite donc à tous égards le succès qui l'a accueilli, que nous enregistrons avec satisfaction et dont nous félicitons vivement l'auteur.

Ant. RITTI.

Etude de psycho-pathologie; par M. le Dr Samuel Gâche (thèse de Buenos-Ayres, 1886).

On sait que les différents pays de l'Amérique du Sud possèdent des établissements destinés au traitement des aliénés. En même temps que s'élevaient ces édifices, des médecins distingués se vouaient à l'étude des maladies mentales et, aujourd'hui, à Rio de Janeiro, à Bahia, à Montevideo, à Buenos-Ayres, la psychiatrie tient une place importante dans l'enseignement officiel. Un élève de la faculté de Buenos-Ayres, M. le Dr Gâche, a puisé dans cet enseignement le sujet de sa thèse inaugurale. Sous ce titre « *Etude de psycho-pathologie* » il a traité plusieurs questions importantes de médecine mentale, telles que les hallucinations, l'épilepsie, l'état mental des épileptiques, l'alcoolisme, le délirium tremens, le suicide, la criminalité et la folie, la mélancolie. Chacun de ces chapitres n'est que le résumé des travaux français et étrangers sur le sujet. Il y a peu d'observations personnelles. On y trouve cependant quelques faits qui méritent d'être rapportés. A propos de l'état mental des épileptiques, M. Gâche cite l'attentat commis, le 10 mai 1886, sur le général Rocca, président de la République Argentine, au moment où il entraînait dans la salle du Congrès. L'agresseur, Ignacio Monges, à la vue du chef de l'État, s'était élancé sur lui et l'avait frappé à la tête avec une brique. La blessure légère fut cicatrisée en peu de jours. Il fut établi que Monges était épileptique depuis l'âge de douze ans, qu'il avait de fréquentes attaques et qu'il avait eu une crise la veille même de l'attentat. Des médecins furent nommés pour examiner l'état mental de cet individu. Malheureusement, le résultat de cette affaire n'était pas encore connu au moment de la publication du travail de M. Gâche.

Plus loin, l'auteur nous apprend que l'alcoolisme a fait à Buenos-Ayres des progrès inquiétants.

Le chapitre le plus intéressant, à notre avis, est celui qui traite du suicide en Amérique. Nous en extrayons les renseignements suivants : Buenos-Ayres est un grand centre d'émigration. Les causes du suicide sont d'abord celles qu'on trouve dans toute grande cité. Il faut y ajouter le mélange des races, qui amène un choc plus violent des intérêts et des passions. Le vent du nord exerce une action particulièrement nuisible sur l'organisme et détermine constamment une augmentation du chiffre des suicides et des cas de folie.

De 1881 à 1886 inclusivement, les cas de suicide ont sensiblement augmenté. En 1882, il y en a deux fois plus que l'année précédente. L'auteur ne donne pas la raison de cette augmentation si considérable et si brusque. La statistique portant sur cette période de six années donne une moyenne de 1 suicide sur 12000 habitants.

Le mode de suicide le plus commun est l'arme à feu, puis viennent le couteau et le poignard. Le poison est surtout employé par les femmes. La pendaison est très rare à Montevideo. Il y a eu en 1883 une véritable épidémie de suicide. On a compté 28 cas en vingt-deux jours.

Au Paraguay, les femmes, en très grand nombre dans ce pays, ont en quelque sorte le monopole du suicide. C'est l'amour, paraît-il, qui occasionne les actes de désespoir.

Au Pérou, les causes principales de suicide sont les mauvaises affaires commerciales et les désastres financiers. On emploie généralement le poison.

Au Chili, ce sont les chagrins domestiques. Le suicide est fréquent aux Etats-Unis du nord et au Mexique.

D^r PH. REV.

Du délire chez les dégénérés, par M. le D^r Legrain. — Paris, 1886, aux bureaux du *Progrès médical*.

M. Legrain est resté pendant longtemps l'interne de M. Magnan à Sainte-Anne. C'est donc par un contact journalier qu'il s'est imbu des idées de son maître sur les dégénérés. On voit dans son livre qu'il s'en est fait le disciple fervent et convaincu, et c'est pour exposer et soutenir ses principes qu'il a écrit son excellent travail plein de documents, qui permet de pénétrer dans l'analyse clinique des faits sur la synthèse théorique desquels de si brillantes discussions se sont engagées depuis longtemps à la Société médico-psychologique.

Dès le titre: *Du délire chez les dégénérés*, on voit que M. Legrain a tenu compte des objections faites à M. Magnan pour faire admettre l'influence des maladies du fœtus, de l'enfance et de l'adolescence, ou même de quelques autres causes sur la production de l'état mental d'un dégénéré; néanmoins le disciple ne tarde pas à reparaitre et à affirmer que tous les malades dont il va s'occuper sont fortement imprégnés d'hérédité; aussi n'oublie-t-il jamais de la rechercher dans ses observations

et d'en trouver dans tous les cas, peut-être même un peu trop. Avant de s'occuper de la manière de délirer des dégénérés, M. Legrain donne une histoire complète de ces malades. Il énumère d'abord les stigmates physiques qu'on observe chez eux. Pour les étudier ensuite au point de vue psychique, il établit des catégories indispensables et basées sur leur niveau intellectuel. Parti de l'échelon supérieur sur lequel eroupit l'idiot, il s'élève jusqu'au dégénéré supérieur, entre lesquels on trouve comme termes intermédiaires l'imbécile et le débile. La caractéristique de tous ces dégénérés est le manque de coordination dans le fonctionnement des divers centres échelonnés sur la hauteur de l'axe cérébro-spinal. Ils présentent aussi un état mental, dont un des traits saillants est la déséquilibration et le manque de pondération dans la manière de réagir à l'égard des incitations extérieures. Sur cet état mental, qui est constant, vient se greffer parfois un état syndromique, qui n'est pas fatal. M. Legrain énumère les principaux syndromes, que M. Maguan a qualifiés de stigmates psychiques, les étudie et décrit très bien les caractères qu'ils doivent présenter et auxquels on les reconnaît (obsession, impulsion, conscience complète de l'état, angoisse concomitante, satisfaction consécutive). Vient ensuite un chapitre sur la manie raisonneuse et la folie morale qui sont le fait des dégénérés.

C'est alors que commence l'étude du délire. Procédant encore du simple au composé, il décrit des aspects de plus en plus graves de ces troubles mentaux qui peuvent se manifester: 1° par une simple tendance au délire; 2° par une première ébauche du délire (deux formes: exaltation cérébrale et dépression mélancolique simples); 3° l'état délirant qui peut se présenter avec deux formes différentes.

A. *Délires d'emblée* (caractéristiques de la dégénérescence), ainsi appelés à cause de leur brusque apparition, sans préparation aucune. Toutes les formes peuvent s'observer: mystique ambitieuse, maniaque, délire des persécutions, etc... Elles sont passagères et protéiformes, c'est-à-dire qu'elles peuvent succéder les unes aux autres dans un très court délai. B. *Délires à évolution chronique* (qu'on doit bien se garder de confondre avec le *délire chronique* qui présente quatre périodes se succédant fatalement dans le même ordre). Il est impossible d'en donner une description symptomatique générale, parce qu'on y observe toutes les formes comme dans les délires d'emblée et elles peuvent alterner ou se substituer les unes aux autres d'une façon

quelconque : la seule différence est dans la durée de la maladie qui est plus longue. D'autres fois ces délires peuvent simuler des formes systématisées et alors le diagnostic est quelquefois très difficile. Le début peut être insidieux (le délire est alors dit *primitif*) ou succéder à un délire d'emblée (il est dit *consécutif*) ; la guérison peut terminer cette évolution dans ces divers cas ou bien, après un temps plus ou moins long, le malade peut tomber en démence.

Enfin, dans un dernier chapitre, on trouve des considérations sur les formes intermittentes de la folie, les démences primitives et les démences précoces et sur les causes puissantes de délire chez les dégénérés (âge, menstruation, puerpéralité), à propos desquelles sont discutées les folies sympathiques en tant qu'entités, etc... Bien d'autres points de doctrine sont examinés dans le courant de cet ouvrage, et c'est avec regret que nous ne pouvons en parler.

En somme, livre éminemment instructif, dont la partie clinique appuyée sur soixante-sept observations est très intéressante et très bien étudiée. Quant à cette puissante synthèse des dégénérés, il serait peut-être utile pour son homogénéité d'en restreindre un peu les bornes. L'état mental, la déséquilibre, les syndromes et les délires d'emblée présentent des caractères bien nets et bien précis qui les feront reconnaître à tous les cliniciens ; mais, à notre très humble avis, les délires à évolution chronique nous paraissent se mouvoir dans un cadre bien grand et pouvoir se présenter sous des états bien divers dont M. Legrain lui-même trouve difficile de faire une description méthodique et assez brève : un certain nombre de ces cas seront peut-être réclamés un jour par des auteurs qui décriront des types nouveaux dont ils reconnaîtront là des exemples.

D^r Aug. PLANÈS.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Inauguration de la statue de Joseph Guislain à Gand, 10 juillet 1887. Broch. in-8 de 39 pages. Gand 1887.

— Recherches sur l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme ; par le D^r Christian, médecin de la Maison nationale de Charenton. (Extrait des *Archives de neurologie*, n° 41). Broch. in-8° de 32 pages. S. l. n. d.

— Rapport sur le service médical du quartier d'aliénés de l'hospice général de Nantes pendant l'année 1886; par le D^r Biaute, médecin en chef. Broch. in-8° de 35 pages. Nantes, 1887.

— Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Etude de psychologie expérimentale faite à l'aide de substances médicamenteuses ou toxiques impressionnant à distance les réseaux nerveux périphériques; par le D^r J. Luys, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-8° de 106 pages avec 28 photographies originales. Paris, 1887. J. B. Baillière et fils, édit.

— Les institutions sanitaires ou l'hygiène administrative et scientifique en Italie; par E. Guignard (Extrait de la *Revue générale d'administration*). Broch. in-8° de 22 pages. Paris, 1887. Berger-Levrault et Cie. libraires-éditeurs.

— Le Rapport Fournier; par Yves Guyot, député de la Seine (Extrait de la *Revue de morale progressive*). Brochure in-8° de 19 pages. Paris. Georges Carré, libraire-éditeur.

— Des causes de la mort dans la paralysie générale; par le D^r Janin, ex-interne de la Maison nationale de Charenton. Thèse de Paris, 1887.

— Rapport de Miscarea Alienatilor din opiscul Mârçuta, pe anul 1886 (Rapport sur le mouvement des aliénés de l'hospice de Mârçuta, pour l'année 1886); par le D^r Iarchi, médecin adjoint, avec une préface du D^r A. Soutzo, médecin en chef, professeur de médecine mentale. Broch. in-8° de 47 pages, Bucarest, 1887.

— Asile d'aliénés de Maréville; rapport médical de la division des hommes pour l'année 1886; par le D^r Langlois, médecin en chef. Broch. in-8° de 34 pages. Nancy, 1887.

— L'hypnotisme et la médecine légale; par le D^r Ladame, privat docent à l'Université de Genève (Extrait des *Archives de l'anthropologie criminelle et des sciences pénales*). Broch. in-8° de 82 pages. Lyon, 1888. A. Stork, édit.

— La Grande prêtresse. Roman parisien; par Charles Chincolle. 2^e édit. 1 vol. in-12. Paris. 1887. Librairie mondaine, A. Boeswillwald, directeur.

— Asile d'aliénés de Saint-Yon (près Rouen); compte rendu du service médical pour les années 1882 à 1886; par le D^r Ed. Cortyl, directeur-médecin en chef. Brochure in-8° de 149 pages. Rouen, 1887.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 9 novembre 1887* : M. PINOT, directeur de l'asile de Saint-Robert (Isère), est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à partir du 1^{er} décembre 1887.

— *Arrêté du 21 novembre 1887* : Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Saint-Robert sont réunies, et M. le D^r DUFOUR, médecin en chef, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile.

— *Arrêté du 7 décembre 1887* : M. le D^r DUMAZ, directeur-médecin en chef de l'asile de Dijon, est promu à la première classe de son grade (7.000 francs) et prendra rang à partir du 1^{er} janvier 1888;

M. le D^r BELLAT, médecin adjoint de l'asile de Dijon, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.000 fr.), et prendra rang à partir du 1^{er} février 1888.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Prix proposés pour l'année 1889. — PRIX BELHOMME. — 900 francs. — Question : *Rechercher s'il existe des caractères anatomiques, physiologiques ou psychologiques, propres aux criminels.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

Nota. — Les mémoires manuscrits devront être déposés, le 31 décembre 1888, chez M. le D^r ANT. RITTI, médecin de la maison nationale Charenton, secrétaire général de la société. Ils seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le 13 décembre 1887, sous la présidence de M. Sappey.

Après la lecture du rapport général sur les prix décernés, par M. Proust, secrétaire annuel, et la proclamation de ces prix, par le président, M. Jules Bergeron, secrétaire perpétuel a prononcé l'éloge de Bouillaud. Une partie importante de ce remarquable discours expose les savantes recherches de Bouillaud sur les fonctions cérébrales et la localisation du langage articulé; nous regrettons vivement que le manque d'espace nous empêche de la reproduire.

Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie nerveuse :

Prix Civrieux. — 1,000 francs. — Question : *Des névralgies vésicales.*

Quatre mémoires ont été adressés au concours. L'Académie partage le prix entre : 1° M. le D^r MAXIME CHALEIX, de Bordeaux, auteur du mémoire inscrit sous le n° 1, avec cette épigraphe : *Vincant quos vincere mavis!* 2° M. le D^r HENRI HARTMANN, de Paris, pour son mémoire inscrit sous le n° 4, avec la devise : *Vous souffrirez beaucoup et vous vivrez longtemps.* (J.-J. Rousseau.)

Des mentions honorables sont accordées à M. le D^r ETIENNE, de Toulouse, et à M. le D^r BERNARD, médecin de la marine en retraite.

Prix Lefèvre. — 2,000 francs. — Question : *De la mélancolie.*

Trois mémoires sur cette question ont été adressés à l'Académie. Le prix est décerné à M. le D^r A. PARIS, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne, pour son mémoire inscrit sous le n° 2, ayant pour devise :

« Les longs ouvrages me font peur ;
« Loin d'épuiser une matière,
« On n'en doit prendre que la fleur. »
(LA FONTAINE.)

Une mention honorable est accordée à l'auteur du mémoire inscrit sous le n° 3, M. le D^r ELIE NICOLAU, de Bordeaux.

Prix Auguste Monbinne. — 1,500 francs. — Ce prix est destiné « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

L'Académie a reçu trois ouvrages pour ce concours. Le prix est décerné à M. AUBRY (PAUL), de Paris, auteur du mémoire n° 1, ayant pour titre : *Rapport à M. le ministre de l'instruction publique, sur les hôpitaux en Orient, l'aliénation mentale et la lèpre.*

Deux mentions honorables sont accordées :

1° A M. le D^r MOTAIS (d'Angers), pour son ouvrage intitulé : *Anatomie de l'appareil moteur de l'œil de l'homme et des vertébrés ;*

2° A l'ouvrage ayant pour titre : *Rôle physiologique du muscle aryténoïdien. Conditions anatomo-physiologiques de la voix humaine ;* par M. le D^r MOURA, de Paris.

Dans la même séance l'Académie a fait connaître les prix proposés pour 1888, 1889 et 1890. Nous avons déjà publié dans les *Annales* (V. n^{os} de novembre 1886, p. 484, et de janvier 1887, p. 174), les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années; voici celles pour l'année 1890 :

Prix Civrieux. — 800 fr. — Question : *Des névrites.*

Prix Falret. — 1,000 francs. — Question : *Des folies diathésiques.*

Prix Lefèvre. — 1,800 francs. Question : *De la mélancolie.*

NOTA. — A l'avenir, les concours des prix de l'Académie de médecine seront clos tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits très lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

ENSEIGNEMENT

ASILE SAINTE-ANNE. — M. MAGNAN a repris ses leçons cliniques sur les *Maladies nerveuses et mentales*, le dimanche 13 novembre 1887, à neuf heures et demie du matin, et les continue les dimanches et mercredis suivants à la même heure. Les conférences du mercredi sont consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie.

Après des considérations générales sur les diverses formes de la *folie*, les leçons porteront plus particulièrement cette année sur l'*alcoolisme* et la *paralysie générale*.

SORBONNE. — *Cours complémentaire de psychologie expérimentale.* — M. TH. RIBOT, dans ce cours qui a lieu tous les lundis à trois heures, traite de la *conscience* et des *états inconscients*.

ECOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. JULES SOURY, maître des conférences près la section des sciences historiques et philologiques, fait l'*histoire des doctrines psychologiques contemporaines*, et en particulier celle des théories les plus récentes des fonctions motrices et sensitives du cerveau, les lundis à quatre heures et demie; il étudie chez H. Munk, diverses questions de *psychologie physiologique*, les vendredis à quatre heures et demie.

Pour les articles non signés : ANT. RITTL.

MORT DU DOCTEUR ACHILLE FOVILLE

La Rédaction des *Annales médico-psychologiques* vient d'être bien douloureusement frappée par la mort rapide et imprévue de M. le Dr Ach. Foville, décédé le 15 décembre 1887.

Notre savant collègue était, depuis 1858, un des collaborateurs les plus assidus du Journal; en 1881, il en devint un des directeurs et y publia régulièrement des Chroniques très estimées. Son concours était très précieux : sa science profonde, son érudition étendue son jugement prompt, sa facilité de travail, toutes ses qualités en un mot, il les avait mises au service de cette œuvre, fondée il y a bientôt un demi-siècle par notre vénéré maître, M. Baillarger, et au succès de laquelle ont contribué les savants travaux de tous les médecins aliénistes.

Le plus grand hommage à rendre à l'excellent ami, dont nous déplorons la perte prématurée, est de raconter sa vie toute de travail et de dévouement, qui honore le nom qu'il porte, aussi bien que la famille médicale dont il était un des membres les plus distingués.

M. Achille Foville naquit à Rouen, le 25 mars 1831. Son père, bien connu par ses travaux sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système nerveux, était alors professeur de physiologie à l'École de médecine de cette ville et médecin en chef de l'asile d'aliénés de Saint-Yon. Il fit donner à son fils une éducation des plus complètes et l'envoya en Allemagne et en Angle-

terre se perfectionner dans la langue de ces deux pays. La parfaite connaissance qu'il acquit ainsi de l'anglais et de l'allemand, lui fut plus tard du plus grand secours pour ses travaux scientifiques et lui permit des relations suivies, surtout avec les aliénistes d'entre-Manche.

M. Foville n'eut aucune hésitation sur le choix de sa carrière, il voulut être médecin et, comme son père, médecin aliéniste. Après avoir passé par l'internat des hôpitaux de Paris et soutenu, le 31 décembre 1857, sa thèse de doctorat sur des *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*, il demanda à entrer dans le service des aliénés et débuta, en 1859, comme médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares. Il ne resta que quelques mois dans ces fonctions modestes, et fut, dans le courant de 1860, nommé médecin en chef d'un des services de Maréville. A la fin de la même année, il passa à l'asile de Dôle, en qualité de Directeur-médecin, et en 1863, à celui de Châlons-sur-Marne.

Dans ces diverses fonctions M. Foville semble avoir surtout été préoccupé d'acquérir un bon fonds : il compléta par une observation attentive des malades ses connaissances médicales en aliénation mentale ; il s'initia aux questions administratives et, grâce à une pratique de près de six ans comme directeur, elles n'eurent plus de secrets pour lui.

Après cette période de préparation, la vie de M. Foville peut se diviser en deux phases bien distinctes : l'une surtout consacrée à la science, la seconde aux questions administratives et de législation. La première commence à sa nomination de médecin adjoint à la Maison de Charenton. Il fut heureux d'occuper une situation médicale dans l'établissement illustré par Esquirol et par son père, et s'appliqua à s'en montrer digne. Durant près de sept années qu'il l'occupa (du

23 avril 1866 au 31 octobre 1872), il publia de nombreux travaux sur les points les plus divers de la pathologie mentale, et leur simple énumération suffira pour prouver combien grande était l'activité intellectuelle de notre regretté confrère :

1° *Du délirium tremens, de la dipsomanie et de l'alcoolisme. Notice historique et bibliographique* (Archives générales de médecine, 1867) ;

2° *Recherches cliniques et statistiques sur la transmission héréditaire de l'épilepsie* (Annales médico-psychologiques, 1868) ;

3° *Observations d'hystéro-épilepsie chez l'homme ; étude sur le diagnostic différentiel des convulsions hystériques, épileptiques et hystéro-épileptiques* (Bulletin de la Société de médecine de Paris, 1868) ;

4° *Étude clinique et physiologique sur la mort instantanée causée par le passage de matières alimentaires en voie de digestion de l'estomac dans les voies aériennes* (Archives générales de médecine, 1869) ;

5° *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, Prix Civrieux, 1869 (*Mémoires de l'Académie de médecine* 1869-1870) ;

6° Les articles *Convulsions, Délire, Démence, Folie, Manie, Lypémanie*, etc., qui, de 1869 à 1872, ont été publiés dans le *Nouveau Dictionnaire* de Jaccoud ;

7° *Moyens pratiques de combattre l'ivrognerie, proposés ou appliqués en France, en Angleterre, en Suède et en Norwège* (Annales d'hygiène 1872).

On se rappelle les attaques violentes qu'a eu à subir la loi du 30 juin 1838, pendant les dernières années de l'Empire ; M. Foville, pour y répondre, publia en 1870. son excellent volume sur *Les aliénés. Étude pratique sur la législation et l'assistance qui leur sont applicables*. Il y indiquait en même temps les points de la loi qui

demandaient à être améliorés, pour enlever toute cause de récriminations aux journaux et aux publicistes.

Appelé en 1872 à la direction médicale et administrative de l'asile de Quatre-Mares, M. Foville, malgré ses fonctions si absorbantes, n'en continua pas moins à s'occuper de questions scientifiques. C'est même à cette époque qu'il publia ses travaux les plus importants et qu'il écrivit son excellent article *Paralysie générale*, pour le Dictionnaire de Jaccoud. Il n'est aucun des lecteurs des *Annales* qui ne se rappelle les mémoires sur la *paralysie générale par propagation* (1878), sur les *aliénés voyageurs et migrants* (1875), sur les *relations entre les troubles de la motilité dans la paralysie générale et les lésions de la couche corticale des circonvolutions frontales et pariétales* (1877), sur les *rapports entre la syphilis et la paralysie générale* (1879), etc. C'est dans ces publications d'un si grand intérêt scientifique, qu'on trouve les qualités maîtresses de M. Foville, son incontestable sagacité clinique, sa précision dans l'observation, sa clarté d'exposition.

Mais de nouveaux devoirs et de plus graves responsabilités furent imposés à M. Foville ; il fut nommé, le 18 juin 1880, inspecteur général des établissements de bienfaisance et du service des aliénés. Ce qu'il fut dans ces nouvelles fonctions, tous nos confrères des asiles le savent. Partout et toujours il défendit les droits de la médecine, se montra d'une justice scrupuleuse, résolut les difficultés avec un tact exquis. Il aimait passionnément ce rôle d'arbitre et de conseiller, qui lui permettait d'introduire des améliorations, de concilier parfois des différends, et surtout de faire le bien.

En sa qualité d'inspecteur général, il fut appelé à siéger dans la commission extra-parlementaire chargée d'examiner un projet de revision de la loi du 30 juin 1838 ; il y défendit les idées qu'il avait émises en 1870.

et fut assez heureux pour en faire adopter quelques-unes. Chargé en 1881 d'une mission en Angleterre et en Écosse pour étudier le régime des aliénés dans ces deux pays, il y accompagna de nouveau, l'année suivante, les membres de la commission sénatoriale qui, « voulant joindre des études pratiques à des discussions purement théoriques », désiraient se rendre compte du mécanisme des lois anglaises sur l'aliénation mentale. Il rapporta de ses deux voyages un livre d'une lecture attachante : *La législation relative aux aliénés en Angleterre et en Écosse* (Paris 1885). Il s'appliquait volontiers à ces questions de législation comparée ; mais elles étaient pour lui moins un sujet d'étude, en quelque sorte abstraite, qu'un moyen de trouver les améliorations qui pourraient être apportées à notre loi sur les aliénés. C'est bien dans cette pensée qu'il écrivit le volume précédent et les deux travaux suivants : *Les aliénés aux États-Unis, législation et assistance* (Annales d'hygiène, 1879), et *l'Étude comparative sur les législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile* (Annales médico-psychologiques, 1884).

M. Foville avait une constitution robuste, mais la maladie s'y était insinuée, il y a quelques mois. Les fatigues d'inspections plus particulièrement chargées amenèrent des complications graves, et lorsque, au commencement de décembre, il revint du Midi, les soins les plus pressés et les plus dévoués furent impuissants. Notre regretté collègue, qui sentait sa fin prochaine, fut admirable de force d'âme en présence de la mort ; il dicta ses dernières volontés (1), régla ses funérailles, n'oubliant aucun détail, et tout cela avec un sang-froid, une présence

(1) M. Foville lègue par testament dix mille francs à chacune des deux Associations dont il était un des dignitaires : l'Association générale des médecins de France, dont il était le secrétaire général, et l'Association mutuelle des médecins aliénistes dont il était le vice-président.

d'esprit, comme s'il s'agissait de l'affaire la plus simple. Lorsque tous autour de lui éclataient en sanglots, il se montrait calme, souriant, et cherchait à consoler.

Les obsèques furent dignes de lui. L'église Saint-Thomas-d'Aquin pouvait à peine contenir l'immense concours de collègues, de confrères et d'amis qui venaient rendre un suprême hommage à l'homme bienfaisant, au cœur généreux, au savant distingué, que n'oublieront aucun de ceux qui l'ont connu, encore moins ceux en si grand nombre qu'il a obligés, tous ceux enfin qui pleurent en lui un ami ou un bienfaiteur.

D^r ANT. RITTI.

M. Foville a été inhumé au cimetière du Père-Lachaise. Quatre discours ont été prononcés sur sa tombe : le premier par M. le D^r Napias, inspecteur général, représentant M. le ministre de l'intérieur ; le deuxième par M. le D^r Riant au nom de l'Association générale des médecins de France ; le troisième par M. le D^r Ritti, au nom de la Société médico-psychologique ; le quatrième, par M. le D^r Bouchereau, au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes.

Nous reproduisons ici ces trois discours.

**Discours de M. Napias, au nom de l'Administration
du ministère de l'intérieur.**

En venant jusqu'à cette tombe accompagner le savant confrère, l'homme bienveillant et honnête que fut Foville, j'ai le douloureux devoir, au nom de l'Administration du ministère de l'Intérieur, de dire un dernier adieu au fonctionnaire éminent qui l'a si longtemps servie et honorée, et qui laisse en s'en allant un vide qu'il sera difficile de combler.

Achille Foville est entré dans l'administration en

1859, comme médecin adjoint à l'asile public de Quatre-Mares ; préparé par de fortes études et par l'internat des hôpitaux de Paris, il sut vite se distinguer, et dès l'année suivante, il était nommé médecin en chef de l'asile public de Maréville. En 1861 il fut envoyé comme directeur-médecin à l'asile public de Dôle et, dès ce moment, dans ces nouvelles et délicates fonctions, s'affirmèrent ses remarquables aptitudes administratives. Après avoir brillamment dirigé l'asile de Dôle puis celui de Châlons, il acceptait, en 1866, la place de médecin adjoint à la Maison nationale de Charenton où son père avait jadis remplacé Esquirol comme médecin en chef et où il continua, par d'intéressants travaux scientifiques, d'ajouter à l'éclat du nom que son père avait illustré.

En 1872, Foville retournait à l'asile public de Quatre-Mares comme directeur-médecin. — En 1880, il était nommé inspecteur général.

Partout où il a été pendant cette longue carrière, il a marqué son passage par des travaux originaux, par d'ingénieuses mesures administratives. Aisément accessible aux idées de progrès, il en admettait toutes les conséquences et toutes les applications ; aussi peut-on dire qu'il a été près de trente ans fonctionnaire sans avoir jamais sacrifié à la routine. — Son important rapport sur « *la législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse* » ; son rapport sur « *les Dispensaires d'Enfants* » qu'une circulaire ministérielle a signalé à l'attention des administrateurs des départements et des communes, suffiraient à eux seuls à faire juger l'administrateur sagace et avisé qu'il était. Mais combien de nombreux rapports qui ne sauraient être livrés à la publicité et qui sont pourtant des œuvres remarquables, des modèles de précision, de bon sens et de clarté !

L'Administration, consciente de ce qu'elle a perdu,

gardera avec honneur le souvenir d'Achille Foville et mettra son nom à côté de ceux des Parchappe et des Watteville ; — pour moi, à qui il a bien voulu servir de conseil et de guide à mon entrée dans l'Inspection générale, je ne saurais oublier jamais ni sa bienveillance amicale ni ses précieuses leçons.

Discours de M. Riant, au nom de l'Association générale des médecins de France.

MESSIEURS,

C'est au nom du Conseil de l'Association des médecins de France, reconnaissant des services rendus par son secrétaire général, c'est au nom des huit mille confrères formant cette fédération bienfaisante, dont la devise est : prévoyance, mutualité, honneur professionnel, que je viens rendre ce suprême hommage à un médecin éminent, à un savant, à un administrateur distingué, et — ce qui n'est pas moins à cette heure solennelle — à un homme de bien, dans la plus large acception du mot, à Achille Foville, secrétaire général de notre grande Association médicale.

Héritier d'un nom célèbre dans la médecine mentale, Foville fit, au lycée Louis-le-Grand, de fortes et brillantes études.

Quand vint l'heure de choisir une carrière, il n'hésita pas, il adopta, — exemple trop rare aujourd'hui ! — la profession qu'avait tant honorée son père.

Interne des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Assistance publique, reçu docteur en médecine en 1857, Foville fut successivement, de 1859 à 1877 : médecin adjoint de l'asile des aliénés de Quatre-Mares, près Rouen ; médecin en chef de l'asile de Maréville ; médecin-directeur à Dôle, puis à Châlons-sur-Marne ;

médecin adjoint à Charenton ; directeur de l'asile de Quatre-Mares, enfin inspecteur général des établissements de bienfaisance.

Dans toutes ces fonctions, Foville se montre observateur sagace, médecin, hygiéniste distingué, versé dans la connaissance du droit et de la législation, directeur expérimenté.

Partout où il passe, il observe, prend la plume et publie d'importantes et d'originales études sur les services, sur les malades confiés à ses soins, sur les prévenus à propos desquels il est consulté par la justice.

De là tant de travaux scientifiques, tant de mémoires aussi variés que remarquables sur la *pathologie mentale et nerveuse*, sur la *médecine légale relative à l'aliénation mentale*, sur l'*assistance et la législation relative aux aliénés*, sur l'*hygiène et l'administration des asiles* ; de là tant de contributions au *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, aux *Annales médico-psychologiques*, aux *Annales d'hygiène et de médecine légale* ; tant de communications aux Sociétés savantes, et ces lectures faites devant l'Académie de médecine, qui décerna le prix Civrieux à cet infatigable travailleur.

De telles œuvres et une expérience si bien acquise désignaient Foville pour les fonctions d'expert devant les tribunaux. Chargé d'éclairer la justice dans plusieurs affaires délicates, Foville se montra à la hauteur du rôle social du médecin-légiste, rôle si considérable et parfois si difficile à l'heure actuelle, parce que, s'il faut tenir compte, devant la justice, des notions nouvelles, dans ce qu'elles ont de démontré et de légitimement acquis, l'expert doit se tenir en garde contre les utopies, prétendues scientifiques, qui ne visent à rien moins qu'à supprimer toute responsabilité morale et pénale. Les rapports médico-légaux de Foville montrent comment

peuvent se concilier les véritables enseignements de la science moderne avec les éternels principes de la morale et du droit.

Certes, ce fut justice quand, dans la séance du 12 décembre 1873, l'*Académie des sciences, belles-lettres et arts* de Rouen l'admit au nombre de ses membres.

Nobles travaux, veilles incessantes à la recherche de la vérité, pourquoi faut-il que vous ayez été interrompus par une mort prématurée, alors que tant de titres pouvaient légitimement faire espérer à Foville une récompense plus haute encore : un siège à l'Académie de médecine ?

Si cette gloire achevée a manqué au savant, il en est un du moins qui ne fera pas défaut à l'homme de bien.

Parmi tant de preuves de dévouement, je ne veux citer que la part prise par Foville dans l'administration d'une grande œuvre professionnelle, l'Association générale des médecins de France. Le jour où l'un des éminents fondateurs et le premier secrétaire général de l'Association, dut, sous le coup de la maladie, résigner ses fonctions, Foville fut appelé à ce poste si honorable, mais si périlleux par cela même qu'il avait été si excellemment rempli par M. Amédée Latour. Élu secrétaire général par l'assemblée de 1882, il prit une part des plus actives aux travaux de la Société, soit dans le sein du Conseil ou des commissions, soit dans les assemblées générales, où il fit preuve d'une rare habileté à manier la plume ou à porter la parole. Esprit conciliant, toujours ingénieux pour maintenir l'union parmi les nombreux éléments de notre vaste fédération ; usant de ses relations avec l'Administration supérieure au profit de l'Association qu'il représentait, maintes fois il aida à la solution des questions les plus difficiles et les plus importantes pour les intérêts de notre grande famille médicale.

Cependant, depuis plusieurs mois, notre cher secrétaire général était mortellement atteint. Il le savait. Qui l'eût dit, à le voir accomplir si fidèlement ses devoirs, jusqu'à la dernière heure ? C'est sur la brèche, en pleine inspection générale que les derniers coups du mal lui furent portés.

Revenu en hâte à Paris, il ne se releva plus ; mais alors apparut toute l'énergie de cette âme virile.

Quel courage ! Avec d'autres, il faudrait dire : quelle philosophie devant la souffrance et devant la mort ! Avec Foville, c'est la foi, c'est la soumission qu'il nous fait admirer. Sa mort est exemplaire jusque dans les dernières épreuves. C'est à la religion qu'il demande les consolations suprêmes, pendant que ses proches, qu'une épouse désolée, qu'un frère bien-aimé l'assistent à ses derniers moments.

Cette scène touchante, notre Président en fut le témoin. C'est alors qu'il recueillit de la bouche de Foville, avec le regret de n'avoir pas fait davantage pour l'Association, l'expression d'un dernier souvenir qui montrait quelle place notre Œuvre tenait dans ce cœur généreux.

Suprême entretien, dans lequel le dernier mot de Foville a été pour le bien, pour la charité confraternelle ; sa dernière pensée fut pour ceux qu'il aimait, pour les siens, et aussi pour cette famille médicale qu'il avait si noblement servie.

Et nous, représentant ici de cette famille fraternelle, nous venons adresser à Achille Foville un dernier adieu :

Foville, que ton dévouement, que ta charité reçoivent là-haut leur juste récompense ! Ton souvenir vivra dans les cœurs reconnaissants des membres de l'Association générale des médecins de France.

Discours de M. Ritti, au nom de la Société médico-psychologique.

MESSIEURS,

Il y a trois mois à peine que la Société médico-psychologique rendait les derniers devoirs à l'un de ses membres dont elle estimait fort le caractère franc et loyal, l'élévation d'esprit et de cœur, les convictions sincères et profondes. Le temps d'enregistrer la perte douloureuse de notre regretté collègue Bigot, et voilà que la cruelle et impitoyable mort vient nous infliger un nouveau deuil ! Elle enlève à notre sympathie, à notre affection, un confrère, un ami, que d'éminentes qualités et un travail opiniâtre ont élevé au rang distingué qu'il occupe dans la médecine mentale.

M. Achille Foville semble avoir hérité de l'aptitude et du goût pour la science qu'il devait honorer par ses travaux : son père était un aliéniste du plus sérieux mérite et un non moins grand anatomiste. Après avoir passé par l'internat des hôpitaux de Paris, et soutenu une thèse très remarquée sur des *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*, il entra dans le service d'aliénés en qualité de médecin adjoint de l'asile de Quatre-Mares. Après avoir occupé pendant quelques mois seulement ce poste de début, il devint successivement médecin en chef de l'asile de Maréville, puis médecin-directeur des asiles de Dôle et de Châlons-sur-Marne. En 1866 la place de médecin adjoint de la Maison de Charenton étant devenue vacante, il l'accepta avec empressement, heureux de trouver un champ d'observation plus étendu et de pouvoir se livrer exclusivement aux recherches scientifiques. C'est durant le séjour de près de sept ans dans cet établissement, qu'il pro-

duisit ses travaux les plus importants, qu'il publia cette remarquable *Etude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*, couronnée par l'Académie de médecine, et qu'il écrivit pour le Dictionnaire de Jaccoud ces nombreux articles dont la réunion en volume constituerait le traité de médecine mentale le plus clair et le plus précis.

La clarté et la précision, telles étaient, en effet, les facultés maîtresses de M. Foville. Il évite toujours avec soin ces généralités vagues auxquelles se prête si aisément notre spécialité, et ne marche qu'éclairé par le flambeau de l'observation clinique. L'application patiente de cette méthode — la meilleure et la plus sûre en médecine mentale comme dans la médecine ordinaire — lui ont permis d'élucider certaines questions et d'en faire surgir de nouvelles. On n'a pas oublié le succès qu'obtinent ces mémoires d'une lecture si suggestive qu'il publia sur *la paralysie générale par propagation*, sur *les aliénés voyageurs ou migrants*, sur *l'étude des rapports entre la syphilis et la paralysie générale*, etc. C'est dans ces mémoires d'une science si profonde qu'on aimera toujours à retrouver les qualités médicales si brillantes de M. Foville : sa sagacité clinique, son esprit vif et son jugement pénétrant.

Ses travaux scientifiques l'ayant mis en vue, personne ne trouva étonnant qu'il fût appelé à la direction d'un des grands établissements d'aliénés du pays, à l'asile de Quatre-Mares près Rouen, puis enfin au poste élevé d'inspecteur général du service. Une nouvelle carrière s'ouvrait en quelque sorte devant lui ; les questions scientifiques allaient passer au second plan et faire place aux questions d'administration et de législation. Il s'était préparé de longue main à ses nouvelles fonctions ; il avait étudié avec le plus grand soin l'assistance publique des aliénés, les réformes à apporter

aux lois et ordonnances qui régissent la matière, et avait en 1870 fait de ces études le sujet d'un livre très justement estimé et bien souvent consulté dans ces dernières années. Son esprit net et précis s'était fait une opinion sur les modifications à introduire dans la loi du 30 juin 1838; l'occasion se présenta pour lui d'en faire introduire quelques-unes, et des plus pratiques, dans le nouveau projet de la loi naguère voté par le Sénat. Grâce à sa nouvelle situation d'inspecteur général, il fut appelé à siéger dans la commission extra-parlementaire chargée de la revision de la loi sur les aliénés; le ministre de l'intérieur l'envoya en mission en Angleterre et en Écosse pour y étudier le régime des aliénés et le chargea enfin d'accompagner les membres de la commission sénatoriale qui visitèrent dans ces deux pays et en Belgique les établissements consacrés au traitement des maladies mentales. Nous avons tous lu la relation ou plutôt le rapport qu'il rédigea après ce double voyage; toutes les questions y sont traitées avec cette haute impartialité du savant honnête et du judicieux observateur.

Il ne nous appartient pas d'apprécier ici M. Foville dans ses fonctions d'administrateur et d'inspecteur général; mais nous savons qu'il apporta dans l'exercice de ces fonctions les qualités rares qui le distinguaient si précieusement à nos yeux: la plus scrupuleuse honnêteté, la justice la plus éclairée, le bon sens le plus droit. En est-il une preuve plus éclatante que les nombreux témoignages d'intérêt et de sympathie, venant de la part des petits comme des grands, et qui ont afflué de tous côtés à la nouvelle de sa maladie?

C'est que notre regretté collègue n'était pas seulement un esprit distingué, c'était un grand cœur. D'une bonté inaltérable, il a laissé, partout où il a passé, des mar-

ques de sa bienveillance et de sa bienfaisance ; et il n'a pas trouvé que des ingrats, puisqu'on s'est souvenu.

Nous aussi, cher collègue et ami, nous nous souviendrons : il nous sera impossible d'oublier l'honneur fait à notre Société par vos savants travaux et votre carrière si honorable, ni les services que vous avez rendus à notre spécialité. Tout ce passé de dévouement et de probité que vous nous léguiez, nous le recueillons avec un sentiment de piété profonde, mais aussi de fierté légitime : votre nom n'est-il pas appelé à occuper une place d'élite dans le livre d'or de notre compagnie ? Puissent nos regrets et nos larmes, puissent ces nombreux témoignages d'affectueuse sympathie, apporter quelque adoucissement à l'épouse, à la famille en pleurs, qui perdent en vous le cœur le plus tendre, le plus généreux et le plus dévoué !

Adieu, cher collègue et ami, adieu.

Discours de M. Bouchereau, au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes.

MESSIEURS,

Je viens au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, dont Foville était vice-président, offrir à sa mémoire l'hommage unanime de nos regrets. Dès la fondation de notre association, Foville lui a toujours donné son concours le plus actif, et durant toute sa vie il a été aux premiers rangs parmi ceux qui ont travaillé à en assurer la marche et le développement. Doué d'un cœur généreux, Foville éprouvait les sentiments de la plus ardente sympathie, quand il voyait un confrère frappé par la maladie et l'infortune avant d'avoir pu assurer l'avenir de sa famille et la paix de ses derniers jours : aussi à ses fonctions d'inspecteur général qu'il remplissait avec le plus grand zèle, il ajoutait volontai-

rement la mission si délicate de découvrir les malheureux de notre spécialité, quand ces derniers hésitaient à se faire connaître. Chaque fois qu'il s'agissait de répondre à une demande, d'accorder un secours, le Conseil s'adressait toujours à Foville pour en connaître la légitimité ; ses propositions étaient toujours ratifiées.

Foville est entré jeune dans la carrière où il devait rencontrer des succès si mérités en servant son pays, aidant ses confrères, et faisant le bien partout. Sous la direction de son père, qui a honoré la médecine mentale, Foville avait reçu une éducation morale et scientifique tout à fait exceptionnelle ; il a donc parcouru rapidement toutes les fonctions auxquelles il pouvait légitimement prétendre. Interne des hôpitaux de Paris, médecin-directeur d'asiles d'aliénés, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'Intérieur, toutes ces places il les a obtenues soit à la suite d'un concours public, d'un concours sur titres ; aucune de ces nominations n'a jamais soulevé une contestation parmi ses confrères.

Messieurs, on vous a retracé les travaux, les services administratifs de Foville, mon devoir est d'insister sur le caractère de l'homme dont nous déplorons la perte aujourd'hui et qui est très haut placé dans l'estime de nous tous : sa probité, son équité étaient connues ; ferme dans ses convictions, passionné pour le bien seulement, Foville s'est toujours attaché à réaliser des améliorations pratiques partout où il a passé ; il savait s'effacer au besoin pour faire valoir les autres. Comme tous les hommes convaincus, il poursuivait avec ténacité le succès de ses idées personnelles, tout en acceptant les controverses habituelles entre hommes de science : jamais des dissidences doctrinales ne parvenaient à modifier la nature de ses relations antérieures avec ses confrères. Quand il s'agissait d'apprécier les hommes et

les choses, il s'est toujours efforcé de prononcer un jugement équitable; sévère pour lui-même, Foville avait le droit d'exiger beaucoup des autres; en toute circonstance il s'est montré serviteur scrupuleux de l'État et un défenseur dévoué des besoins de ses malades. Très estimé parmi nous en France, Foville comptait de nombreux amis en Angleterre; lors du Congrès international de Londres en 1882, les médecins aliénistes Anglais nous ont fait un accueil qu'il serait injuste d'oublier; Foville s'en est montré fier pour nous Français, mais il est juste de l'affirmer, les égards qui nous ont été accordés, nous les devons dans une large part au souvenir de son père et aux amitiés qu'il avait inspirées lui-même; nous en avons la certitude.

Devant des confrères, il n'est pas nécessaire d'insister sur la valeur d'un homme tel qu'Achille Foville: il laisse à ses frères, dignes comme lui du nom qu'il a porté, un patrimoine d'honneur et de science bien placé dans leurs mains, patrimoine auquel il a ajouté pour sa part.

Sa mémoire sera gardée profondément par tous ceux qui l'ont connu.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique.

Projet d'un Congrès annuel des médecins aliénistes français. — Des rapports de l'imagination et du délire. — Passage brusque, à la suite d'un rêve, d'une période de la folie à double forme à l'autre. — Obsessions et impulsions homicides chez une enfant de dix ans. — Des précautions à prendre contre les aliénés dangereux en liberté. — La question des asiles d'aliénés dits criminels à la Société de médecine mentale de Belgique. — Un dernier livre de M. le Dr Foville.

Tous les ans, au mois de septembre, la Société des médecins aliénistes allemands se réunit en un congrès, tantôt dans une ville, tantôt dans une autre. Ce n'est pas la seule assemblée ambulante (*Wanderversammlung*) qu'on voit chez nos voisins, même dans notre spécialité. Ainsi les médecins neurologistes et aliénistes de la région sud-ouest de l'Allemagne se sont réunis en congrès à Strasbourg, les 11 et 12 juin 1887; il y avait près de quatre-vingts membres présents, dont la plupart sont des noms estimés dans la science; citons entre autres

les professeurs Emminghaus, Goltz, Hitzig, Kussmaul, les D^{rs} Dittmar, Schüle, etc. Un des derniers numéros des *Archiv für Psychiatrie* (tome XIX, fasc. I, p. 278 et suiv.) publie le compte rendu des deux séances : seize communications ont été faites, toutes relatives à la neuropathologie. La prochaine réunion doit avoir lieu à Fribourg-en-Brisgau.

Il serait vivement à désirer qu'une pareille pratique s'implantât en France ; il y aurait à cela de nombreux et réels avantages. M. le D^r Lemoine, professeur agrégé de la Faculté de Lille, appelait récemment notre attention sur ce point, et nous ne saurions mieux faire que de reproduire la lettre de notre savant collaborateur : « Je
« viens vous soumettre une idée que je serais bien
« heureux de voir entrer un jour dans la période d'exé-
« cution. Pourquoi n'aurions-nous pas en France une
« réunion annuelle de médecins aliénistes ? Ce congrès
« existe chaque année dans plusieurs États voisins,
« notamment en Allemagne et en Russie, et il en sort
« des travaux et des discussions du plus haut intérêt.
« Il me paraît certain qu'une telle réunion aurait chez
« nous le plus grand succès et les plus heureux résul-
« tats. Nous aurions là une occasion unique de nous
« réunir et d'échanger des idées ; les liens déjà si puis-
« sants qui unissent les aliénistes français deviendraient
« certainement plus forts, et le corps tout entier y
« gagnerait en force et en considération. Les avantages
« que présenterait ce congrès ne sont pas à mettre en
« relief, ils sautent aux yeux. Si vous vous ralliez à
« cette idée, elle aurait certainement les plus grandes
« chances de réussir, surtout si vous voulez bien la
« mettre en avant et diriger la propagande qu'elle
« nécessite. Il me semble que sa réalisation rendrait
« les plus grands services à notre corps et comblerait
« une lacune que ne présentent pas les autres pays. »

La rédaction des *Annales* se rallie avec empressement à l'idée émise par M. Lemoine ; elle ne se contentera pas de faire simplement des vœux pour sa réalisation ; pour la propager, pour la mûrir, nous ferons appel à nos lecteurs, et nous insérerons volontiers toutes les communications qui pourront nous être faites sur ce sujet. Mais, dès maintenant, on peut déjà se poser cette question : ce congrès annuel devra-t-il se tenir à Paris, comme, par exemple, le congrès des chirurgiens, ou bien se transportera-t-il tous les ans dans une autre ville ? L'un et l'autre mode présentent des avantages.

Un autre point, non moins important et qui mérite d'être discuté avec soin, c'est de savoir si on tracera d'avance le programme de ces réunions, ou bien si on laissera aux membres le choix des communications. Dans le premier cas, il est à craindre que les séances se passent en discours sur les questions proposées et qu'elles ne ressemblent à ces assemblées politiques où l'on parle beaucoup sans jamais aboutir. Le second mode nous paraît préférable, c'est celui usité en Allemagne. Pas de longs discours, mais des faits cliniques en grand nombre, suivis de courtes discussions. Telle est la formule que nous soumettons aux futurs organisateurs de nos congrès annuels de médecine mentale.

Tous les lecteurs du *Nabab* d'Alphonse Daudet, se souviennent de M. Joyeuse, ce petit employé, chez qui « les idées évoluaient avec la rapidité de pailles vides autour d'un crible », et qui, tout en marchant, « inventait des aventures extraordinaires, de quoi défrayer vingt romans-feuilletons ». « Cela tenait sans doute, ajoute le brillant écrivain, à son cou très court, à sa petite taille où son sang bouillonnant ne faisait qu'un tour. »

Un exemple des créations imaginatives du bonhomme : « Si, par exemple, M. Joyeuse, en remontant

le faubourg Saint-Honoré, sur le trottoir de droite — il prenait toujours celui-là — apercevait une lourde charrette de blanchisseuse qui s'en allait au grand trot, conduite par une femme de campagne dont l'enfant se penchait un peu, juché sur un paquet de linge : « L'enfant ! criait le bonhomme effrayé, prenez garde à l'enfant ! » Sa voix se perdait dans le bruit des roues et son avertissement dans le secret de la providence. La charrette passait. Il la suivait de l'œil un moment, puis se remettait en route ; mais le drame commencé dans son esprit continuait à s'y dérouler, avec mille péripéties... L'enfant était tombé... Les roues allaient lui passer dessus... M. Joyeuse s'élançait, sauvait le petit être tout près de la mort ; seulement le timon l'atteignait lui-même en pleine poitrine et il tombait baigné dans son sang. Alors il se voyait porté chez le pharmacien au milieu de la foule amassée. On le mettait sur une civière, on le montait chez lui, puis tout à coup il entendait le cri déchirant de ses filles, de ses bien-aimées, en l'apercevant dans cet état. Et ce cri désespéré l'atteignait si bien au cœur, il le percevait si distinctement, si profondément : « Papa, mon cher papa... » qu'il le poussait lui-même dans la rue, au grand étonnement des passants, d'une voix rauque qui le réveillait de son cauchemar inventif. »

« La race est plus nombreuse qu'on ne croit de ces dormeurs éveillés », de ces « imaginaires », ajoute avec raison le romancier ; mais si les observations si perspicaces et si judicieuses de M. Daudet lui ont permis de créer un type, auquel son imagination et son style ont donné la vie, M. le Dr Ch. Féré nous montre que les réalités de la clinique dépassent parfois les créations des poètes. Dans un travail publié récemment dans la *Revue de médecine* (*Note sur les rapports de l'imagination et du délire*, n° du 10 novembre 1887), il rapporte

le cas d'un homme de trente-huit ans, commerçant, ayant des antécédents héréditaires névropathiques et présentant lui-même des troubles neurasthéniques. Marié et père de famille, il n'avait qu'à se féliciter de sa situation, et cependant il avait toujours une attitude morose et déprimée. A partir d'une certaine époque, on remarqua même chez lui ce qu'on appelait des absences. « Quelquefois on le voyait suspendre son travail, soit au bureau, soit dans le magasin, et rester immobile et souriant; ces suspensions duraient quelquefois plus d'un quart d'heure, lorsqu'il ne se trouvait auprès de lui que des employés qui n'osaient l'interpeller; et d'ailleurs elles ne cessaient guère qu'à la suite d'une excitation accidentelle, d'un bruit plus violent qui se faisait au voisinage. Plusieurs fois même on s'était aperçu qu'il ne répondait pas aux interpellations si on n'élevait pas la voix. » Ces phénomènes se reproduisaient ainsi journellement; mais un fait imprévu devait tout particulièrement émouvoir l'entourage de M. M... Un jour, en effet, « son beau-père se trouvant dans son bureau avec plusieurs autres personnes, arrive un étranger qui demande M. M... en s'adressant à lui-même qui était précisément en état d'« absence » tout près de la porte. A la seconde interpellation, M. M... répond : « Il est à Chaville ». Cette réponse étrange provoque chez M. M... une sorte de terreur, ils'enfuit précipitamment derrière une écloison au fond de son magasin, dans un état d'anxiété extraordinaire. »

Les médecins consultés sur cet état étrange, émisrent d'abord l'hypothèse de l'épilepsie et de manifestations inconscientes; M. le Dr Féré, grâce aux confidences du malade, put l'écarter. Voici, en effet, ce qu'il apprit : M. M..., dès sa plus tendre enfance, avait une grande propension à la tristesse et à l'isolement. C'est dans ces heures de solitude qu'il commençait à construire des

châteaux en Espagne qui prirent peu à peu une importance considérable dans sa vie. Les constructions, d'abord éphémères, prirent peu à peu plus de consistance. Il se créait des rôles imaginaires, et parcourait ainsi une multitude de carrières fictives dans des directions différentes, tantôt militaire, tantôt marin, tantôt ingénieur, etc. Les événements semblaient s'enchaîner naturellement à la satisfaction du rêveur qui préférerait sa vie fictive à sa vie réelle.

Le changement d'occupations et surtout une vie plus active mirent fin à ces rêveries ; mais, sous l'influence de causes diverses, elles reparurent, éphémères et vagues d'abord, puis absorbantes et durables. M. M... vécut, en effet, pendant plus de quatre ans, d'une vie idéale, dont M. Féré retrace ainsi le tableau :

« M. M... avait fait construire à Chaville, à la lisière du bois, un pavillon entouré d'un jardin. Par des agrandissements successifs, le pavillon était devenu château ; le jardin, parc ; les écuries, les chevaux, les pièces d'eau étaient venus orner le domaine. L'ameublement intérieur s'était modifié parallèlement. Chaque fois qu'il pouvait s'isoler, M. M... se transportait là, méditant une amélioration, un ornement qui s'effectuait aussitôt. Une femme était venue animer ce tableau ; deux enfants étaient nés ; il ne manquait à ce ménage idéal que d'être légitime. C'était le seul nuage dans le bonheur de notre rêveur.

« Il est certain qu'il marquait une grande froideur vis-à-vis de sa femme ; mais on ne peut pas obtenir davantage de sa sincérité. Il semble que ses propres enfants aient complètement été oubliés. Ses affaires ne l'intéressaient plus ; il n'était maintenu que par son entourage et ses employés qui obéissaient à des traditions établies et le forçaient en quelque sorte à marcher dans la machine en mouvement ; mais il cite plusieurs

opérations importantes qui n'ont pu se passer sans qu'il y prenne part et dont cependant il ne peut se rappeler aucun détail. Un grand nombre d'actes de sa vie journalière étaient accomplis d'une manière absolument inconsciente, tout à fait machinalement ; il n'en conservait aucun souvenir, tandis que ses aventures imaginaires lui sont beaucoup plus présentes à la mémoire. »

Un exemple de cette substitution, dans la mémoire, des faits de la vie imaginaire à ceux de la vie réelle, est le suivant. Il était allé, un dimanche, à la messe avec sa femme et avait été tout particulièrement absorbé et distrait. On lui rappelle cette circonstance, il répond alors : « Je crois bien ce que vous me dites, parce que tout ce qui se passe me montre que j'ai perdu la raison ; mais si je ne tenais compte que de mes souvenirs, je vous affirmerais que dimanche matin je suis allé à Versailles acheter des plantes vertes pour remplacer celles de la salle à manger qui étaient mortes. » Le reste de la journée s'était passé à Chaville.

Ces quelques citations suffiront pour montrer l'intérêt, au point de la psychologie morbide, de l'observation publiée par M. Ch. Féré. Notre savant collègue en conclut avec raison « que la rêverie, pas plus que le rêve, n'est chose indifférente, et que chez certains individus particulièrement prédisposés elle peut entraîner des troubles sérieux de l'intelligence, surtout lorsqu'il leur est permis de vivre dans la solitude. »

Dans la folie à double forme, le passage d'une période à l'autre s'effectue très souvent d'une manière brusque. Ce mode de transition, ainsi que nous l'avons dit, « se produit alors d'ordinaire pendant le sommeil ; dans l'espace d'une nuit, un changement complet s'opère. Ainsi le malade qui s'est couché mélancolique ou maniaque, se réveille maniaque ou mélancolique. Cela

s'observe surtout lorsque les accès sont courts, qu'ils n'ont qu'une durée de quelques jours, quinze jours, trois semaines, un mois au plus. » (*Traité de la folie à double forme*, Paris, 1882, p. 179.)

Ce fait, mis hors de doute par M. le D^r J. Falret, reçoit son complément par une observation prise par M. Sollier, dans le service du savant aliéniste de la Salpêtrière et que nous trouvons dans la thèse, si intéressante à des titres divers, de M. le D^r Chaslin : *Du rôle du rêve dans l'évolution du délire* (Paris, 1887). Il s'agit d'une malade atteinte d'une folie à double forme à type circulaire, dont les périodes sont chacune d'une durée de cinq à six mois. Le passage de l'une à l'autre a lieu brusquement la nuit vers une ou deux heures. La première manifestation du nouvel état dans lequel entre la malade est en général un rêve. « D'après ce qu'elle raconte elle-même, dans le cas où elle passe de l'excitation à la dépression, c'est ordinairement de la mort de son père qu'elle rêve. Elle se réveille alors au milieu de son cauchemar, sous l'influence de cette idée attristante et tombe dans l'abattement à partir de ce moment. — Si au contraire elle passe de la dépression à l'excitation, c'est encore un rêve qui en marque le début. Mais cette fois-ci le rêve est gai et l'objet en est variable. Il paraît en rapport avec les circonstances momentanées et ne présente pas le caractère d'uniformité qu'il offre dans le premier cas (p. 39). »

Il nous semble inutile de faire ressortir l'importance de ce fait ; il apporte un appoint des plus curieux à l'étude de l'influence du rêve sur la transformation du délire.

On connaît les deux curieuses observations de « monomanie homicide » chez des petites filles, publiées par Esquirol (*Des maladies mentales*. Edit. belg., t. I^{er},

p. 385). La première concerne une enfant de huit ans, ayant des habitudes invétérées d'onanisme, qui exprimait ouvertement le désir de tuer son père et sa mère afin de pouvoir se livrer en toute liberté à ses penchants érotiques. Dans le second cas il s'agit d'une petite fille, âgée de sept ans et demi, qui était obsédée de l'idée de tuer sa belle-mère et son petit frère encore en nourrice, depuis le jour où elle avait entendu ses grands-parents exprimer leur mécontentement du second mariage de leur fils.

De ces faits et de ceux réunis par M. Paul Moreau (de Tours) dans son livre sur l'*Homicide commis par les enfants* (Paris, 1882), il faut rapprocher le cas si curieux d'obsessions et d'impulsions homicides chez une petite fille de dix ans que M. le Dr Hermann Berger vient de publier dans le journal du professeur Westphal. (*Archiv für Psychiatrie*, t. XVIII, fasc. 3, p. 872.)

Cette enfant est une héréditaire : son père est mort de démence paralytique, sa mère est très nerveuse et souffre de fréquentes migraines, enfin chez les ascendants de celle-ci se trouvent plusieurs aliénés. De l'histoire pathologique de ses premières années, nous ne relevons que les faits suivants : la petite malade, d'une intelligence assez développée, était très nerveuse, a eu des convulsions à deux reprises différentes, présentait un caractère irritable et impatient, avait de fréquentes insomnies et des cauchemars, faisait des grimaces et des mouvements involontaires de la tête et du tronc, etc. Pas d'onanisme.

Le lendemain d'une partie de campagne qu'elle avait faite avec sa mère et d'où elle était revenue très fatiguée, elle s'était levée comme d'ordinaire, habillée et assise près de la fenêtre, lorsque soudain elle se mit à pleurer et à sangloter. Sur les pressantes sollicitations de sa mère, elle finit par avouer qu'elle avait constamment

l'affreusc pensée dont elle ne pouvait se débarrasser, qu'elle devait tuer sa mère, et qu'elle ne voulait pas le faire ». Des caresses et de bonnes paroles ramenèrent le calme au bout de quelques minutes ; l'enfant retourna à l'école et, pendant plus d'un mois, ne présenta rien d'anormal. Mais le lendemain d'une nouvelle partie de campagne d'où elle était revenue tard et très fatiguée, elle se plaignit de nouveau en pleurant qu'« elle ne pouvait se défaire de l'épouvantable idée qu'aujourd'hui sa mère devait mourir ». A des intervalles irréguliers, et pour des causes diverses, se manifestèrent de nouveau ces crises de larmes provoquées par la même préoccupation obsessionnelle.

Grâce à un traitement approprié : éloignement de la maison maternelle, séparation d'avec la mère, hydrothérapie, etc., l'amélioration fut rapide, le sommeil devint plus tranquille et les obsessions semblent avoir momentanément disparu.

En ce qui concerne l'avenir de cette petite malade, M. Hermann Berger a raison de faire des réserves, et de donner des conseils qui s'appliquent à tous les cas pareils. Il s'agit en effet d'une héréditaire, et « chez de semblables malades l'expérience prouve qu'on observe des intervalles de plusieurs mois, semaines et même années, qu'on pourrait prendre pour une guérison définitive. La puberté et les changements qu'elle amène dans l'organisme, de même que les maladies, peuvent être une occasion facile de rechutes ou même d'une aggravation des troubles psychiques. Ainsi, dans le cas particulier, les idées obsessionnelles (*Zwangsvorstellungen*), qu'elle devait tuer sa mère, qui existaient seules jusque-là, pourraient se transformer en impulsions (*Zwangshandlungen*). Pour ce motif, il est indispensable de soumettre la malade à une surveillance tout particulièrement attentive. »

Depuis quelques mois l'opinion publique est très vivement impressionnée par les tentatives d'assassinat commis par des aliénés en liberté, inventeurs, persécutés, persécuteurs, etc. ; il est vrai que cette même opinion publique s'émeut avec non moins de passion en faveur de ces mêmes aliénés, tous raisonneurs et raisonnants, lorsque, enfermés dans un asile, ils se plaignent d'être séquestrés arbitrairement (1). Quoi qu'il en soit de ces contradictions de la foule incompétente, ceux qui ont souci de la sécurité publique n'ont-ils pas le devoir de se demander s'il n'y aurait pas des mesures spéciales à prendre pour prévenir les crimes commis par les aliénés en liberté ? Notre vénéré maître, M. Bailarger, en a exposé quelques-unes, il y a quelques années, devant la commission nommée par l'Académie de médecine pour examiner le projet de loi sur les aliénés ; l'occasion nous paraît excellente de les rappeler.

Tout aliéné laissé en liberté devrait être l'objet d'une enquête ayant pour but de déterminer s'il est ou non dangereux ; et selon les résultats de cette enquête, faite avec toute la discrétion possible, on ordonnerait la séquestration d'office ou on se bornerait à prescrire les mesures de surveillance jugées nécessaires. M. Bailarger va plus loin, il voudrait que l'enquête se portât, non seulement sur les cas d'aliénation mentale non douteuse, mais encore sur « ces individus qui se font

(1) C'est bien ces caprices de la foule irréfléchie que semblait avoir en vue M. Coulon, directeur général des postes et télégraphes, lorsque, dans son éloquent discours prononcé aux obsèques du regretté M. Raynaud, tué par Mimault, il s'écriait : « S'il y a des fous, qu'on les enferme. S'il y a des coupables, qu'on les condamne ; mais il n'est pas possible que, dans une société civilisée, il se constitue une catégorie de gens qui ait le sanglant privilège de passer impunément entre l'hospice et la prison pour se jeter le revolver au poing, au gré de leur fanatisme, sur des hommes qui, comme toi, sont l'élite et la force d'une nation. »

habituellement remarquer en public par une tenue, des paroles, des gestes et des actes d'excentricité suffisants pour dénoter un dérangement d'esprit ». Par ce moyen on arriverait sans aucun doute à découvrir un certain nombre d'aliénés dangereux. Rien de plus facile, à Paris, par exemple, que de centraliser les renseignements fournis par les agents de l'autorité et de les soumettre aux médecins inspecteurs de la préfecture de police.

Pour donner plus de poids à sa proposition, l'éminent aliéniste donnait des arguments de fait qui n'ont rien perdu de leur valeur. « Combien de crimes, disait-il, annoncés chaque jour dans les journaux et dont l'annonce se termine invariablement par cette formule que, *depuis quelque temps, l'auteur du crime donnait des signes de dérangement d'esprit!* Beaucoup de ces crimes auraient pu sans nul doute être prévenus, si les signes de dérangement d'esprit dont on parle avaient été signalés à l'autorité et si une enquête avait été faite.

« Il est surtout une classe d'individus qui mériteraient sous ce rapport une attention toute spéciale : ce sont ceux qui adressent aux fonctionnaires des plaintes ou des réclamations souvent réitérées et auxquelles on ne répond pas parce qu'elles paraissent ne reposer sur aucun fondement. »

Par suite de ces considérations, la Commission de l'Académie de médecine a émis le vœu, qui a été adopté par l'Académie à l'unanimité dans sa séance du 18 mars 1884, « que l'autorité publique eût désormais le droit de prendre des mesures préventives, en profitant de tous ses moyens d'information, lorsqu'un aliéné lui est signalé comme dangereux. » (V. *Annales médico-psychologiques*, 1884, t. XI, p. 485.)

Une question connexe de la précédente, est celle des

asiles d'aliénés criminels. Elle a reçu sa solution en Angleterre par la création de l'asile de Broadmoor. En France un grand pas a été fait. Le Congrès international de médecine mentale de 1878, après une discussion des plus intéressantes, avait émis « le vœu que des asiles ou quartiers spéciaux soient affectés à l'internement des individus condamnés ou poursuivis par la justice répressive, et relaxés ou acquittés en raison de leur état mental. » Ce vœu n'a pas été stérile, puisque le projet de loi sur la revision de la loi du 30 juin 1838, voté par le Sénat, contient toute une section (la troisième du titre II), composée de cinq articles, qui est intitulée : *Des condamnés reconnus aliénés; des aliénés dits criminels; des inculpés présumés aliénés et soumis à une expertise médico-légale*. Nous avons dit qu'un pas avait été fait; il en reste encore plusieurs à faire. Il faut que la nouvelle loi sur les aliénés soit définitivement votée et promulguée, puis que le nouvel asile soit construit, etc. Nous sommes encore loin de la solution.

La même question vient de se poser en Belgique. La Société de médecine mentale belge avait mis à l'ordre du jour de sa séance du samedi 26 novembre 1887, « les mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. » La discussion a été des plus intéressantes (1). Tous les membres qui y ont pris part, d'accord sur le principe, différaient sur le mode d'application.

M. le Dr *Heger*, président de la Société, a ouvert le débat, en se plaçant sur le terrain pratique. Il invite ses collègues à délibérer sur les points suivants : « Faut-il bâtir un édifice nouveau, ou ne suffirait-il pas, au moins provisoirement, d'affecter aux délinquants aliénés soit l'une des prisons actuelles, soit une aile de cer-

(1) *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique*, Année 1887, 4^e fascicule.

taines prisons? Les quartiers de délinquants existant actuellement à Tournai et à Mons, doivent-ils être conservés, ou bien y a-t-il avantage à mettre chaque catégorie d'anormaux à sa place en débarrassant les asiles de ces hôtes spécialement dangereux? Enfin, quelles sont les principales mesures à prendre pour que le régime de la prison-asile présente toutes les garanties désirables au point de vue de la sécurité sociale et de l'administration intérieure?»

Avec M. Semal la discussion s'est élargie. Dans un discours d'une argumentation serrée, il a cherché à démontrer l'existence d'une *psychose criminelle*, et à distinguer ceux qui en sont atteints des criminels ordinaires. Ces vues se rapprochent de celles de l'école anthropologique, dont le D^r Lombroso est le chef. Partant de ce point de vue qu'il existe à côté des aliénés pouvant commettre des délits et des crimes, une catégorie d'individus qui s'en rapprochent par certains points, et qu'il appelle des *criminels instinctifs*, M. Semal a formulé les conclusions suivantes :

« 1^o Création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels (homicides, incendiaires, violateurs, etc.), où seront également traités comme malades les criminels instinctifs (variété de fous moraux atteints d'une dégénérescence intermédiaire entre la folie et la criminalité vraie).

« 2^o Provisoirement les aliénés dits criminels et les criminels instinctifs pourront être placés et traités dans une dépendance d'une des prisons actuelles, soit dans les locaux inoccupés d'une des anciennes prisons en commun ou d'un dépôt de mendicité. »

M. Semal s'oppose formellement au placement de ces deux catégories de malades dans les asiles d'aliénés ordinaires, qui « tendent à devenir de véritables hôpitaux de traitement », et que la nécessité de recevoir

ces éléments dangereux obligerait bientôt à transformer en prison. Pour des raisons de même nature, il n'est pas partisan d'instituer dans un asile un quartier spécial affecté aux criminels *aliénés et instinctifs*. « Mieux vaut annexer un asile à une prison, que créer une prison dans un asile ».

M. *Lentz*, après avoir rendu hommage au talent et à la science de M. Semal, a ramené la question sur « le domaine moins attrayant, mais plus solide, de la réalité ». Tout en reconnaissant ce que présente d'intéressant, au point de vue de la science pure, les idées de l'école d'anthropologie criminelle, il ne saurait souscrire encore aux conséquences qu'on prétend en tirer. Ce qu'il importe dès maintenant, c'est de séparer des aliénés ordinaires, les aliénés délinquants et criminels, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, et pour cela il est désirable de leur affecter un asile spécial. Mais en attendant que le principe de cet asile soit accepté, il est indispensable qu'on construise immédiatement une annexe à l'asile de Tournai, possédant toutes les conditions de sécurité nécessaires et où seraient enfermés les aliénés réellement dangereux dont l'évasion pourrait compromettre la sécurité publique. Ces aliénés dangereux rentrent dans trois catégories : 1° ceux qui ont une tendance invincible à l'évasion et cherchent par tous les moyens à la satisfaire ; 2° les impulsifs, qui sont pris plus ou moins subitement d'accès de violence et compromettent ainsi gravement la sécurité de leur entourage ; 3° enfin, les délirants ou les hallucinés, qui combinent lentement et à fond leurs projets de vengeance et les mettent à exécution alors qu'on s'y attend le moins.

M. le D^r *Cuyllis* se rapproche des idées précédentes. Il demande la création de « quartiers de sécurité » annexés aux asiles, où seraient placés : 1° les prévenus

qui ont bénéficié d'une ordonnance de non-lien pour cause d'aliénation mentale ; 2° les prisonniers devenus aliénés au cours de leur détention ; 3° un certain nombre de malades indisciplinables et dangereux.

Après ces discours et diverses répliques de MM. Semal, Lentz, Vermeulen, etc., le président résume les débats, et la Société vote des conclusions suivantes :

« I. Il est nécessaire de créer un ou plusieurs asiles spéciaux, destinés à recevoir les aliénés criminels.

« Sous cette dénomination doivent être compris :

« 1° Les inculpés de crime dont l'aliénation aura été reconnue soit au cours de l'instruction, soit pendant les débats judiciaires, ou qui auront été acquittés pour cause de folie ;

« 2° Les détenus qui, pendant la durée de leur emprisonnement, présenteront des symptômes caractéristiques de folie ;

« 3° Les aliénés qui, placés dans un asile, y auront commis un acte qualifié de crime et dont ils auront été considérés comme irresponsables.

« II. Par mesure transitoire, et comme il y a urgence à parer aux dangers de la situation actuelle, il y a lieu de construire à proximité de chacun des asiles de Tournai et de Mons un quartier spécial, réunissant toutes les conditions nécessaires pour que l'on n'ait plus à redouter les évasions et les graves conséquences qu'elles entraînent, tant au point de vue de la sécurité sociale qu'au point de vue de la responsabilité de l'État.

« III. Ultérieurement, lorsque le nouvel asile sera construit, les quartiers spéciaux de Tournai et de Mons seront réservés exclusivement aux aliénés spécialement dangereux renfermés dans les autres asiles, mais qui n'auraient pas eu affaire à la justice. »

La Société a décidé enfin que ces desiderata seront communiqués à M. l'inspecteur général et, avec son ap-

probation, à M. le ministre de la justice par le bureau de la Société et ceux de ses membres délégués à cet effet, en vue de solliciter l'exécution immédiate des mesures proposés.

Nous ne saurions terminer cette *Chronique*, sans donner un souvenir à notre regretté confrère et ami, le Dr Ach. Foville. C'est lui qui a inauguré ce genre dans les *Annales*, et pendant les sept ans qu'il a rempli sa tâche, il a scrupuleusement exécuté le programme qu'il a formulé le premier jour, celui de faire de la chronique « une revue rapide des faits les plus récents, relatifs à l'étude clinique et théorique des maladies mentales, à leur traitement, à l'ensemble des fonctions et des affections du système nerveux ». Il nous a ainsi tracé la voie que nous devons suivre. Puisse, comme pour lui, le succès couronner nos efforts !

Dans les derniers jours de sa vie, Foville s'inquiétait encore de la publication d'un volume, dont il avait corrigé les épreuves pendant son inspection. Ce volume a paru quelques jours après sa mort : il est intitulé : *Les nouvelles institutions de bienfaisance. Les dispensaires pour enfants malades ; l'hospice rural*. Nous en recommandons la lecture à tous ceux qui s'intéressent aux questions d'assistance publique ; ils y trouveront sur les matières qui y sont traitées les renseignements les plus complets et les plus consciencieux dans ce style clair, simple et précis, qui caractérise tous les écrits sortis de la plume si féconde de notre savant collaborateur.

A. R.

Pathologie.

ANALOGIE DES SYMPTÔMES

DE LA

PARALYSIE PELLAGREUSE

ET DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Par M. le D^r BAILLARGER

I

ANALOGIE DES SYMPTÔMES

La folie pellagreuse diffère des simples vésanies par son association très fréquente avec des troubles musculaires. Ces troubles précèdent le plus souvent l'invasion du délire, mais ils persistent lorsque celui-ci a éclaté. Ils consistent en une débilité générale à laquelle s'ajoutent des tremblements des membres, la démarche est saccadée, comme convulsive, et M. Roussel a comparé cet état à la chorée. On observe aussi souvent des troubles de la parole.

Si la guérison n'a pas lieu ou si les accès se reproduisent, la folie se termine par la démence et la paralysie succède aux symptômes ataxiques.

Les lésions purement nerveuses ou congestives, auxquelles on rattachait les symptômes des premières périodes, sont alors remplacées par des lésions organiques incurables. « L'observation analytique des faits, dit M. Roussel, permet de séparer, mieux encore que ne l'avait fait Strambio, cette débilité primitive qui naît brusquement, coïncide avec les phénomènes spasmodiques et semble, comme eux, être un effet de l'intoxication, de la débilité consécutive qui se montre après que les phénomènes spasmodiques ont disparu, qui s'accroît de plus en plus à mesure que les intoxications se répètent, et qui constitue enfin *la paralysie pellagreuse et persiste jusqu'à la mort des malades comme le caractère dominant de l'état incurable* » (page 57).

Le même auteur fait remarquer ailleurs que la démence dans la pellagre *n'est qu'un état consécutif qui succède à la folie proprement dite, en même temps que l'affaiblissement paralytique va prédominant*; et il ajoute que cette démence marche le plus souvent avec la cachexie pellagreuse (page 47).

Comme on le voit, il y a dans la pellagre une débilité musculaire consécutive qui, en s'aggravant, constitue la *paralysie pellagreuse*, et une *démence consécutive* dont les progrès suivent ceux de la paralysie.

Bien que très différentes dans leurs premières périodes, la folie pellagreuse et la folie paralytique ont donc cela de commun qu'elles se terminent par une *démence paralytique*, car, ainsi que le dit M. Roussel, en même temps que la démence succède à la folie, *l'affaiblissement paralytique va prédominant*.

Il reste à étudier les caractères de cette paralysie des pellagreux, qui, comme on vient de le voir, marche parallèlement avec la démence.

Strambio a distingué la *débilité* des pellagrenx, selon qu'elle atteint tous les membres ou qu'elle est bornée aux

membres inférieurs. Il désigne cette dernière sous la dénomination de *paraplégie*.

Il a soin de faire remarquer que la débilité ne doit pas être attribuée à la faiblesse de l'inanition, à la phthisie, ou à des diarrhées prolongées, car on l'observe, dit-il, chez des pellagreuX qui conservent de l'embonpoint et ont une bonne apparence de santé.

La parésie générale chez les pellagreuX est d'ailleurs admise par tous les auteurs, mais la plupart font remarquer qu'elle apparaît d'abord et qu'elle est plus prononcée dans les membres inférieurs.

Ce fait, comme l'ont dit MM. Lussana et Frua, s'explique de la manière la plus simple. D'après eux il y a parésie de *tout le système musculaire*, mais on la constate d'abord dans les membres inférieurs parce qu'ils supportent le poids du corps.

Ces auteurs ne croient donc pas qu'il y ait dans la plupart des cas de *véritables paraplégies*.

M. Calmeil avait fait la même remarque pour la paralysie générale des aliénés et il avait donné la même explication.

Un médecin français qui a observé la pellagre dans la Haute-Garonne, M. Calès, écrivait, bien longtemps après Strambio, le passage suivant :

« Dans divers cas, les progrès du mal amènent, dit-il, une exaltation des idées et une manie aiguë se dessine bientôt, ou bien on voit survenir une *paralysie générale* ou une paraplégie après l'arrivée de l'aliénation mentale et souvent sans qu'elle ait précédé. »

Il me paraît d'ailleurs inutile d'insister sur ce point. Tous les auteurs reconnaissent en effet, comme je l'ai dit plus haut, que la débilité, qui est l'un des premiers et des principaux symptômes de la pellagre, s'étend à *tout le système musculaire*; or c'est cette débilité que M. Roussel appelle *consécutive*, qui, comme il le dit, finit

dans les dernières périodes par constituer la *paralysie pellagreuse* (1).

Cette paralysie générale reste d'ailleurs incomplète jusqu'à la fin ; la station devient impossible, mais le malade étant couché peut soulever les jambes.

En outre la marche de cette paralysie incomplète est progressive.

M. Roussel, quand il établit le diagnostic différentiel de la paralysie générale et de la paralysie pellagreuse, rappelle que cette dernière est précisément une *paralysie incomplète et lentement progressive*.

M. Bouchard a émis la même opinion et admet aussi que la paralysie pellagreuse est progressive et reste incomplète jusqu'à la fin.

Dans la démence paralytique pellagreuse la paralysie a donc pour caractères principaux :

- 1° D'être générale ;
- 2° D'avoir une marche progressive ;
- 3° De rester incomplète jusqu'à la fin.

Ai-je besoin de rappeler que ces trois caractères sont précisément ceux de la paralysie générale des aliénés ?

Les deux paralysies, comme je l'ai dit déjà dans mon mémoire de 1847, ont donc entre elles la plus grande analogie (2).

Voyons maintenant comment on peut établir le diagnostic différentiel.

(1) Cela n'empêche pas qu'il ne puisse se produire assez souvent chez les pellagres de véritables paraplégies et même quelques cas d'hémiplégie.

(2) J'ai même dit à tort dans ce mémoire que dans *la plupart des cas* les deux paralysies étaient identiques. Mais on verra plus loin que l'erreur sur ce point était facile à commettre.

II

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Les auteurs qui ont étudié le diagnostic différentiel de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale ont indiqué un certain nombre de caractères qui ne me paraissent avoir qu'une assez faible importance.

C'est ainsi, par exemple, qu'on a fait intervenir l'étiologie différente des deux maladies et qu'on a opposé la misère et les privations des paysans pellagreux aux excès des aliénés paralytiques des grandes villes.

Peut-être a-t-on oublié, quant à ce point, que la paralysie générale est très fréquente dans les classes pauvres des grandes villes, et qu'elle est, surtout chez les femmes, assez souvent la conséquence de la misère et d'excès de travail et de veilles.

Il convient aussi de rappeler que l'hérédité vésanique est un élément étiologique commun à la folie pellagreuse et à la folie paralytique.

On a aussi invoqué la différence des symptômes pendant les premières périodes ; mais il importe de faire remarquer que la paralysie générale des aliénés chez les pellagreux doit être considérée comme une complication qui survient à des époques variables pendant le cours de la maladie.

Les rapports de la paralysie générale et de la pellagre sont les mêmes que ceux de la paralysie générale et de l'aleoolisme. C'est une complication, ou si l'on veut, un mode de terminaison de la maladie.

Il faut donc dans tous ces cas se préoccuper avant tout des symptômes qui peuvent servir au diagnostic de la paralysie générale et non de ceux, en effet, très différents, qui appartiennent à la pellagre ou à l'aleoolisme.

Sans insister sur ces faits, je me bornerai à citer ici un passage dans lequel M. Roussel me semble avoir bien indiqué les principaux éléments du diagnostic différentiel.

Après avoir exposé les symptômes communs à la paralysie pellagreuse et à la paralysie générale, l'auteur poursuit ainsi :

« C'est donc, dit-il, dans les *caractères particuliers de l'embarras de la parole* et dans ceux du *délire*, et enfin dans le *siège*, qu'il faut chercher surtout les éléments principaux du diagnostic différentiel.

« Le bégaiement paralytique est certainement un élément précieux du diagnostic ; la parole des pellagreux est *lente, pénible, souvent hésitante* ; jamais je n'ai observé ce tremblement accentué, cette espèce de solfège, cet effort pour lancer les mots qui a été décrit par les aliénistes. On comprend cependant qu'au début de la paralysie générale, quand le trouble de la parole est peu prononcé, ce n'est qu'avec beaucoup d'attention qu'on pourra saisir sûrement les nuances différentielles » (page 168).

Il résulte des passages que je viens de citer que le diagnostic différentiel de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale doit principalement être basé sur les caractères particuliers que présente l'embarras de la parole, sur la nature du délire et enfin sur le siège de la paralysie.

Je vais examiner successivement ces trois points.

1^o *Caractères particuliers que présente l'embarras de la parole.* — Dans la folie paralytique, les lésions des mouvements commencent par être de nature ataxique, et ce n'est que plus tard qu'elles deviennent réellement paralytiques.

Il en est ainsi pour les troubles de la parole. A l'ataxie des muscles de la langue et des lèvres succède

peu à peu l'embarras de parole véritablement paralytique. La transformation se fait graduellement et il résulte de là des nuances difficiles à décrire, mais que l'expérience clinique apprend à distinguer.

Comme on vient de le voir, M. Roussel, parlant des pellagreuX en général, dit qu'ils ont la parole lente, pénible, souvent hésitante ; mais il importe ici de ne pas confondre ce qui peut tenir à l'état intellectuel des malades avec les troubles de la parole, résultat de l'ataxie ou de la paralysie des muscles de la langue et des lèvres.

Beaucoup d'aliénés pellagreuX sont atteints de mélancolie avec stupeur ou de démence ; ils répondent lentement et avec peine aux questions qu'on leur adresse. C'est la conséquence de l'obnubilation ou de l'affaiblissement de leur intelligence, et il n'y a point à tenir compte de ces symptômes pour la question qui nous occupe.

Chez certains pellagreuX, au contraire, ceux-là bien moins nombreux, on constate des troubles de la parole qu'il est difficile de distinguer de ceux des aliénés paralytiques aux premières périodes de leur maladie. Non seulement ces pellagreuX ont de l'hésitation de la parole, mais cette hésitation est accompagnée de tremblements convulsifs des lèvres, qui précèdent chez eux l'articulation des mots.

Cet ordre de faits me paraît avoir été trop peu étudié, et je crois devoir citer ici quelques observations de pellagreuX qui étaient encore aux premières périodes de la maladie.

OBSERVATION I

Embarras de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres chez une pellagreuse mélancolique.

SOMMAIRE. — Embarras de la parole. — Tremblements des membres. — Impossibilité de la station. — Démence apparente. — Eschares.

Galmaria, âgée de dix-neuf ans, est entrée au grand hôpital de Milan, le 31 juillet 1847, comme pellagreuse pour y prendre les bains. Elle dut bientôt être transférée à la salle des délirants.

A son entrée, l'épiderme des mains s'enlevait par larges plaques, mais la desquamation est terminée. Sur le dos des pieds, on peut encore détacher de grands lambeaux d'épiderme.

La diarrhée depuis l'entrée n'a pas cessé.

Cette jeune fille est dans un état de stupeur; elle ne fait aucune attention à ce qui se passe autour d'elle, ses réponses faites à voix basse sont brèves, contradictoires et sembleraient indiquer une perte complète de mémoire et une démence très avancée.

L'articulation des mots est difficile, incomplète et précédée de contractions convulsives très évidentes des lèvres.

Quand la malade essaye de tirer la langue, celle-ci semble plutôt se rétracter en arrière.

Tremblements des doigts très prononcés, même quand la main repose sur le lit, tremblements des bras quand la malade les porte à la tête.

A l'entrée la démarche était hésitante et sa cadée, aujourd'hui elle est devenue impossible, la maigreur est déjà grande et il y a une *large eschare au sacrum*.

Si le trouble de la parole que présentait cette jeune fille s'observait chez un aliéné d'un âge plus avancé et non pellagrenx, il aurait certainement une grande importance pour le diagnostic de la paralysie générale; mais il n'est ici qu'un symptôme de la pellagre.

L'ataxie des muscles de la langue et des lèvres et l'hésitation de la parole qu'elle produit chez cette pel-

lagreuse, doivent, je crois, se présenter assez souvent dans les cas à marche rapide où le tremblement des membres est l'un des principaux symptômes de la maladie.

OBSERVATION II

Embarras de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres, chez un pellagreuX mélancolique.

SOMMAIRE. — Trente-sept ans, agriculteur. — Délire mélancolique. — Tentative de suicide. — Embarras de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres. — Altération pellagreuse de la peau des mains et du cou.

Bevegna, âgé de trente-sept ans, agriculteur, a été envoyé par la police à l'asile des aliénés de Venise, le 1^{er} septembre 1847, le délire datait de quinze jours seulement. B... à son arrivée était en proie à des hallucinations. Il lui semblait qu'il allait tomber dans des précipices ; il avait essayé de se noyer et de se pendre ; on l'avait saigné deux fois avant son entrée. Il était très faible et on fut obligé de le porter de la barque à l'infirmerie, où il dut garder le lit. Les jambes étaient œdématisées.

Cet homme est d'une taille moyenne, mais fortement constitué, il a par moments un embarras très marqué de la parole, l'articulation des mots est précédée de tremblements des lèvres et des joues. La langue aussi est tremblotante et fortement fendillée à la partie moyenne.

Le délire mélancolique a cessé, B... est calme et répond assez bien aux questions qu'on lui adresse.

Il est content de sa santé et pourrait, dit-il, retourner à ses travaux. Il ajoute que quand il fait de bonnes récoltes, il est aussi heureux qu'un empereur. La démarche indique encore un peu de faiblesse.

La note inscrite à l'arrivée du malade porte que « la pellagre est évidente ». La peau des mains, du cou et de la partie supérieure du sternum offre des altérations qui ne peuvent, en effet, laisser aucun doute. La peau est sèche, très brillante et rosée.

Dans la folie paralytique il arrive souvent que le délire cesse, mais qu'on voit persister quelques-uns des

symptômes somatiques ; c'est ce qui constitue les rémissions. On observe chez ce malade quelque chose de semblable, le délire mélancolique a cessé, mais il y a encore par moments un embarras évident de la parole avec tremblements convulsifs des muscles des lèvres.

OBSERVATION III

Embarras de la parole chez une pellagreuse.

SOMMAIRE. — Vingt-sept ans. — Paysanne. — Mélancolie avec stupeur. — Embarras de la parole. — Tremblements convulsifs des lèvres et de la langue. — Etat semi-paralytique des membres.

Mario, âgée de vingt-sept ans, paysanne, est entrée le 19 mai 1847, comme aliénée pellagreuse à l'asile de Venise. Il résulte des renseignements qui ont été donnés, que cette femme aurait d'abord présenté des symptômes d'excitation, mais qu'elle était ensuite tombée dans un état de taciturnité et même de stupeur. Elle avait de la peine à se tenir sur les jambes.

J'extraits des notes qui ont été ajoutées sur cette malade par M. le docteur Pelt, les passages suivants :

20 mai 1847. — Taciturnité, difficulté à marcher et même à se tenir sur les jambes, — tremblements très forts des membres ; la langue est tremblante, le pouls est fréquent. Selles régulières, pas de diarrhée.

21 mai. — Tranquille, mais taciturne, se remue avec peine ; le pouls est fréquent.

22. — *Paralytique*, le pouls meilleur, tremblements continuels.

27. Diarrhée très forte, langue nette.

30. — La diarrhée a cessé, même difficulté à se mouvoir. *Parle avec difficulté (parla a stento).*

Dans les deux mois qui ont suivi, la malade était triste et abattue, elle a eu plusieurs fois de la diarrhée. Les tremblements des membres persistaient.

Lorsque je vis cette femme, le 25 septembre, elle avait l'apparence d'une mélancolique. Elle répondait brièvement et à voix basse aux questions qu'on lui adressait, l'articulation des mots était précédée de *tremblements convulsifs des lèvres et des*

joues. Je ne constatai aucune conception délirante, mais peut-être y avait-il chez elle un peu d'affaiblissement intellectuel.

Les jambes étaient faibles, la démarche un peu vacillante, il n'y avait plus de tremblements bien appréciables des membres; la langue au contraire était encore tremblotante.

Les personnes qui ont soigné la malade depuis son entrée, sont d'accord pour reconnaître qu'il y a chez elle une grande amélioration. L'état semi-paralytique et les tremblements ont beaucoup diminué. L'appétit est bon, il n'y a plus de diarrhée.

L'érythème pellagreux a laissé sur le dos des mains des altérations très marquées, la peau est *sèche, luisante et amincie*.

Je erois devoir faire remarquer que M. Pelt, dans les notes citées plus haut, après avoir signalé la malade comme *paralytique*, écrit huit jours plus tard qu'elle *parle avec difficulté*.

On trouve donc, réunis ici comme dans la paralysie générale, l'embarras de la parole, la semi-paralysie des membres et un état mélancolique. De plus l'articulation des mots est précédée de tremblements convulsifs des lèvres et des joues.

OBSERVATION IV

Embarras de la parole chez une pellagreuse.

SOMMAIRE. — Trente-neuf ans. — Paysanne. — Erythème pellagreux précédé d'accidents cérébraux pendant plusieurs années. — Embarras de la parole.

Marini, âgée de trente-neuf ans, paysanne, a été admise à l'hôpital de Pavie pour une dysenterie *pellagreuse*. Cette femme, qui ne présente aucune trace de délire, raconte que depuis plusieurs années elle est sujette à des vertiges, que plusieurs fois elle est *tombée perdant tout à coup connaissance*. Elle avait des *fourmillements* dans les bras et les jambes, et se sentait faible; elle était quelquefois forcée de courir pendant cinq ou six pas, puis tombait tout à coup.

Depuis un mois elle s'aperçoit qu'elle bredouille et ce bredouillement est, en effet, des plus évidents.

La malade a eu souvent des douleurs le long de la colonne vertébrale, elle se plaint aussi de la tête.

Depuis plusieurs mois elle a une diarrhée sanguinolente qui l'a affaiblie. Teinte légèrement ictérique de la peau.

L'érythème pellagreux s'est manifesté pour la première fois, au printemps dernier, il reste aujourd'hui sur la main gauche une croûte brune. L'épiderme est sec, brun et luisant. Mêmes altérations sur la main droite. L'épiderme du dos des pieds est sec, brun, mais il ne paraît pas y avoir eu de desquamation.

Dans cette observation, comme on le voit, l'embarras de la parole, le *bredouillement* est signalé par la malade elle-même qui en avait parfaitement conscience et qui indiquait d'une manière précise l'époque à laquelle cet embarras de la parole avait commencé.

Il est important de faire remarquer que le bredouillement a été précédé de vertiges, mais surtout de pertes de connaissance et de fourmillements dans les membres.

Aux quatre observations qui précèdent et que j'ai moi-même recueillies, je crois devoir ajouter le fait suivant publié par M. Lombroso.

OBSERVATION V

Embarras de parole chez un pellagreux. Question de diagnostic.

SOMMAIRE. — Erythème des mains et des pieds. — Diarrhée. — Délire mélancolique. — Démence. — Embarras de la parole. — Contraction des pupilles. — Parésie générale.

Un paysan, âgé de soixante ans, né de parents sains, bon travailleur, mais se nourrissant mal, d'ailleurs peu intelligent, commença tout à coup à délirer au printemps de 1870. Il prétendait que tout le monde devait mourir avant peu.

Il était très malpropre et on l'avait surpris mangeant ses matières fécales.

Lorsque M. Lombroso vit ce malade il le trouva très amaigri et ayant la diarrhée. Il constata la desquamation de l'épiderme sur le dos des mains, sur les cous-de-pied et sur les jambes.

Les pupilles étaient rétrécies. Il y avait un peu d'embarras dans la parole, une légère parésie des membres et des signes de démence.

Le malade refusait obstinément toute nourriture, quelquefois il semblait se plaindre et porter des accusations contre diverses personnes, plus souvent il riait sans motifs. Il mourut de la dysenterie.

M. Lombroso se demande si ce malade était atteint de *paralysie générale* ou de *pellagre* ; mais après examen il croit pouvoir écarter l'idée de paralysie générale, se fondant sur l'étendue de l'érythème pellagreux, sur la sitiophobie et l'absence d'excès antérieurs.

Les cinq malades dont je viens de rapporter les observations offraient un embarras de la parole, semblable à celui des aliénés paralytiques pendant les premières périodes (1).

Ils n'étaient point atteints de paralysie générale, mais simplement de pellagre. Dans quatre de ces cas, en effet, il n'y avait que le délire mélancolique ordinaire de la folie pellagreuse, et dans le cinquième la malade n'avait même en aucun délire.

D'autre part, la parésie générale est un symptôme si fréquent de pellagre qu'elle ne peut être invoquée pour faire admettre l'existence de la paralysie générale.

Il résulte de ces faits qu'on peut observer dans la folie pellagreuse des troubles de la parole semblables à

(1) Je crois devoir faire remarquer que M. Lombroso se borne à noter l'embarras de la parole, sans chercher dans les caractères particuliers que ce symptôme pouvait présenter, un signe différentiel entre la paralysie générale et la pellagre.

ceux qu'on observe dans la folie paralytique. Cet ordre de symptômes n'a donc que peu de valeur pour établir le diagnostic différentiel des deux maladies.

Il importe cependant de rappeler qu'il ne s'agit ici que des troubles ataxiques des premières périodes, de ceux qui peuvent précéder ou accompagner la folie pellagreuse ; mais la question devient plus difficile quand la folie s'est terminée par la démence et que la débilité que M. Roussel appelle consécutive, finit, comme il le dit, par constituer la paralysie pellagreuse, c'est-à-dire une paralysie générale et incomplète comme la paralysie générale des aliénés elle-même.

C'est alors, s'il reste des troubles de la parole, qu'il importe, pour établir le diagnostic, de tenir compte des caractères particuliers qu'ils présentent.

Dans la démence paralytique des aliénés, arrivée à une période avancée, le malade sépare les syllabes ; sa parole est lente, comme scandée et quelquefois même comme solféc.

On a vu plus haut que M. Roussel n'a, dit-il, jamais constaté dans la paralysie pellagreuse l'embarras de la parole tel qu'on l'observe dans la démence paralytique à une période avancée. MM. Lussana et Frua déclarent que chez les pellagres l'embarras de la parole n'existe *qu'assez rarement* et qu'il est *exceptionnel*.

Or ce symptôme est constant et toujours nettement caractérisé dans la démence paralytique des aliénés ; il constitue donc, à mon avis, l'élément le plus important pour le diagnostic différentiel.

Le premier pellagres dont j'ai recueilli l'observation au grand hôpital de Milan, était en démence, il avait une parésie générale et, en outre, un embarras de la parole très prononcé, qui ne m'a point permis d'hésiter quant au diagnostic.

En résumé, quant aux troubles de la parole chez les

pellagreux, il y a lieu de distinguer les troubles ataxiques des premières périodes, de l'embarras paralytique des périodes plus avancées.

L'ataxie des muscles de la langue et des lèvres et l'hésitation de la parole qui ont une très grande importance pour le diagnostic dans la folie non pellagreuse, en ont beaucoup moins chez les aliénés pellagreux.

Il en est tout autrement de l'embarras paralytique des dernières périodes. Réuni à la parésie générale et à la démence, il suffit, à mon avis, pour faire admettre l'existence de la paralysie générale des aliénés chez les pellagreux.

2° *Nature du délire.* — Les difficultés que soulèvent les troubles de la parole chez les pellagreux, au point de vue du diagnostic de la paralysie générale, n'existent plus pour ce qui a trait à la nature du délire.

Il y a, comme on le sait, deux ordres de conceptions délirantes qui, même isolées de tout autre symptôme, font craindre le développement de la démence paralytique : ce sont les conceptions délirantes ambitieuses chez les maniaques et certaines conceptions délirantes hypochondriaques chez les mélaucoliques.

Quand ces symptômes se présentent dans la folie pellagreuse, ils ont pour le diagnostic de la paralysie générale la même valeur que dans la folie simple ; ils suffisent donc, quand ils sont réunis à l'embarras de la parole, pour faire admettre dans la pellagre une complication de paralysie générale.

Voici cependant un cas assez curieux, dans lequel M. Lombroso n'a pas cru devoir se prononcer quant au diagnostic, bien que le malade eût de l'embarras de la parole et du délire des grandeurs.

Un homme de cinquante-deux ans, de constitution robuste, ayant l'apparence d'une santé excellente, avait eu deux ans de suite la desquamation des mains, la

diarrhée, et une faiblesse générale si grande qu'il faisait quelquefois des chutes.

En mars 1869, après une courte marche, il se sentit tellement faible qu'on dut le rapporter chez lui.

Quand M. Lombroso vit ce malade, il le trouva en proie à un délire des grandeurs qui semblait assez limité et sans nul signe d'affaiblissement intellectuel; ce malade prétendait qu'il possédait *dix millions* et que dès qu'il serait sorti de l'hospice, il épouserait, par l'entremise d'un prêtre, une comtesse qui lui apporterait *deux cent millions de dot*.

La démarche était assurée, mais *les pupilles étaient contractées et on constatait quelquefois de l'embarras dans la parole*.

Le 13 avril, l'érythème apparut de nouveau aux mains et aux pieds et il fut suivi de desquamation.

Cet homme, menuisier de campagne, avait été dans l'aisance. Il buvait alors du vin avec excès, et, dit-il, jusqu'à trois litres par jour; mais l'état de misère dans lequel il était tombé, l'avait forcé de s'en priver.

M. Lombroso constate ici la difficulté du diagnostic, et il s'est demandé si son malade était atteint de *monomanie*, de *paralyse générale*, de *pellagre* ou d'*alcoolisme*.

Il me semble que, dans ce cas, c'est sur l'embarras de la parole, réuni au délire des grandeurs, qu'il faut se fonder pour le diagnostic. Il est vrai qu'il est assez rare de voir le délire ainsi limité; mais le plus souvent cette limitation ne persiste pas longtemps. On peut penser qu'il a dû en être ainsi chez ce malade. Il ne prétendait pas, comme les mégalomanes, qu'il était un grand personnage; il ne s'agissait pour lui que de millions, il en a dix, il en aura bientôt plus de deux cents; c'est le délire d'argent si prédominant chez les aliénés paralytiques.

Je regarde donc comme très probable que la démence paralytique a dû survenir plus tard.

Dans les cas de ce genre, la question à décider, à mon avis, n'est pas de savoir si le malade est atteint de pellagre ou de paralysie générale. Rien, en effet, n'empêche d'admettre que les deux maladies existent simultanément.

En résumé, contrairement à ce qui a lieu pour les troubles de la parole pendant les premières périodes de la folie pellagreuse, le délire des grandeurs ou certaines conceptions délirantes hypochondriaques ont la même valeur diagnostique que dans la folie non pellagreuse (1).

3° *Siège de la paralysie.* — On a vu plus haut que M. Roussel, parmi les signes différentiels entre la paralysie générale et la paralysie pellagreuse, signale le siège de la paralysie; mais il me semble que sur ce point la question peut le plus souvent être assez facilement résolue. Il s'agit, en effet, de décider si un pellagreuX en démence est simplement atteint de paraplégie ou bien si chez lui la paralysie porte sur tout le système musculaire.

(1) Peut-être cependant, pour ce qui a trait à la forme du délire chez les pellagreuX, convient-il de faire remarquer qu'on a trop souvent signalé ce délire comme étant presque constamment de nature mélancolique; et je crois, à cet égard, devoir rappeler ici le passage suivant de l'ouvrage de Strambio : « Non autem eodem modo se gerunt hujus modi delirantes; alii enim tristes et attoniti cibum et potum recusant, ne verbum quidem interroganti respondentes; *læti alii clamant et vociferunt.* » (page 137).

Il y a donc des pellagreuX atteints de manie, dont le délire est de nature gaie.

Liberali indique aussi la variété du délire des pellagreuX. Quelques-uns, dit-il, sont *gaîs et bruyants* (*ilari alcuni e baccanti*). Le même fait est indiqué par d'autres auteurs et entre autres par M. Poussié dans une publication récente.

Ces malades, gaîs et bruyants, se rapprochent en cela des aliénés atteints de manie paralytique, et il est à regretter qu'on n'ait point indiqué la nature des conceptions délirantes qui prédominaient chez eux.

D'après MM. Lussana et Frua on aurait beaucoup exagéré le nombre des cas de paraplégies chez les pellagreuX.

Pour eux, comme il a déjà été dit plus haut, ces paraplégies qui sont regardées comme si fréquentes, ne sont point le plus souvent de véritables paraplégies. On est d'abord frappé, disent-ils, de la faiblesse plus ou moins grande des membres inférieurs parce qu'ils supportent le poids du corps, mais en réalité cette faiblesse porte sur tout le système musculaire. « *L'impotenza e di tutto il sistema muscolare* » (page 217).

Cela n'empêche pas qu'on ne puisse rencontrer et qu'on ne rencontre en effet chez les pellagreuX des paraplégies complètes isolées, mais le plus souvent le diagnostic de ces cas semble devoir être facile à établir.

J'ai essayé de démontrer l'extrême analogie de la paralysie pellagreuse et de la paralysie générale et d'indiquer les difficultés que peut présenter le diagnostic différentiel de ces deux maladies. Il est donc probable qu'elles ont pu être assez souvent confondues, et qu'un certain nombre de cas de paralysie générale chez les pellagreuX ont dû ainsi être méconnus. Voici d'ailleurs quelques observations dans lesquelles la confusion a eu lieu.

La première a été recueillie par moi au grand hôpital de Milan.

Le malade était simplement considéré comme atteint de *marasme pellagreuX*, dernière période d'une pellagre ancienne. La feuille de diagnostic ne portait que les mots de *tabes pellagrosa*, et cependant, il s'agissait sans aucun doute d'une paralysie générale des aliénés. Non seulement on constatait la démence avec paralysie générale, mais il y avait un très grand embarras de la parole. En outre, le malade avait en antérieurement du délire ambitieux.

M. Roussel, dans son premier ouvrage, rapporte d'après Fantonetti l'observation d'une pellagreuse morte « dans la *démence et le marasme* » après douze ans de maladie. Or, à l'autopsie, on trouva entre autres altérations des *adhérences de la pie-mère à la couche corticale des circonvolutions*. Il y avait donc eu chez cette ancienne pellagreuse, tombée dans la démence et le marasme, une *péri-encéphalite chronique*.

Voici un troisième fait, dans lequel le début d'une paralysie générale me semble avoir été méconnu, chez un *pellagreux qui était depuis plusieurs années dans un état de démence*. Cette observation offrant des particularités curieuses, je crois devoir la rapporter ici avec quelques détails; elle a été citée par M. Verga comme un exemple de *paralysie pellagreuse*.

Le malade, âgé de *soixante-cinq ans*, avait été placé à la Senavra comme *aliéné pellagreux*.

Pendant *six ans*, il n'offrit d'autres symptômes que ceux de la démence; incapable d'aucun travail, il restait la plus grande partie de la journée assis, prononçant des mots sans suite et passant facilement du rire aux pleurs.

Au bout de *six ans*, dans les derniers mois de 1848, le malade présenta peu à peu *une faiblesse des membres inférieurs et sa démarche devint chancelante*, cependant jusque-là l'embarras de la parole n'est point noté.

Tout à coup, le 14 janvier 1849, le malade parut délirer plus que d'habitude, il dit qu'un *fleuve coulait sous son lit*, « *un fleuve de matières fécales qu'il laissait aller à travers ses draps* », en outre la *parole est embarrassée*; en même temps, invasion d'une fièvre très forte sans cause apparente, pouls petit et irrégulier, respiration râlante, bientôt survient le coma et la mort eut lieu au bout de deux jours.

A l'autopsie, congestion des poumons, hépatisation

du lobe supérieur droit. Pour le cerveau, *opacité et épaissement de l'arachnoïde*, congestion de la substance cérébrale.

Cette observation me paraît avoir un assez grand intérêt.

Il importe en effet de faire remarquer :

1° Que le malade, deux mois avant sa mort, avait *commencé par chanceler sur ses jambes*.

2° Que *ce fleuve de matières fécales* coulant sous le lit est une conception délirante qui appartient au délire d'exagération si fréquent chez les aliénés paralytiques, et qu'en outre il y avait de *l'embarras de la parole*.

La réunion de ces symptômes suffit, à mon avis, pour caractériser le début d'une paralysie générale qui n'eût pas manqué de se développer si le malade avait survécu (1).

De tout ce qui précède, je erois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Les symptômes de la paralysie pellagreuse offrent avec ceux de la paralysie générale la plus grande analogie. Dans les deux maladies, en effet, la paralysie est *générale progressive* et reste *incomplète* jusqu'à la fin.

2° On peut observer dans la folie pellagreuse, comme dans la folie paralytique, l'hésitation de la parole avec tremblements convulsifs des lèvres précédant l'articulation des mots, et, en outre, quelquefois l'inégalité des pupilles. Ces symptômes pouvant exister dans les deux maladies ne sauraient donc fournir un élément important pour leur diagnostic différentiel.

(1) Je connaissais l'histoire d'un aliéné paralytique qui prétendait que quand il allait à la garde-robe, *il en faisait des tonnes*; mais cette conception délirante est bien moins curieuse que celle du malade de M. Verga. Ce fleuve de matières fécales ne pourra-t-il pas, en effet, être rappelé désormais, quand on voudra montrer jusqu'où peut aller l'exagération dans les conceptions délirantes des aliénés paralytiques?

3° Quand on constate, comme dans les cas cités plus haut, des troubles de la parole dans la folie pellagreuse, c'est surtout par la nature du délire qu'on pourra la distinguer de la folie paralytique.

4° On observe constamment dans la démence paralytique des aliénés un embarras de la parole nettement caractérisé ; or, d'après les auteurs, cet embarras de la parole n'existe pas dans la démence paralytique pellagreuse : c'est donc ce symptôme qui me semble devoir fournir le principal élément du diagnostic différentiel entre elle et la paralysie générale des aliénés.

TRAITEMENT
DE LA
LYPÉMANIE ANXIEUSE

Par les D^{rs} BELLE

Médecin en chef de l'asile de Bailleul. -

et Georges LEMOINE

Agréé à la Faculté de Lille, médecin adjoint de l'asile de Bailleul.

Le traitement de la lypémanie anxieuse, comme du reste celui de la plupart des maladies mentales, est loin de reposer sur des bases définitives. Plusieurs médications ont été tour à tour préconisées et sont même encore employées aujourd'hui avec des résultats divers, mais toutes, croyons-nous, sont essentiellement empiriques et tiennent peu compte des indications thérapeutiques fournies par l'étude de cette affection. Il nous a paru intéressant de faire l'essai, dans ce cas particulier, d'un traitement méthodique ayant l'intention de répondre à ces indications multiples, et les résultats que nous avons obtenus nous engagent à faire connaître la médication à laquelle nous nous sommes arrêtés. Notre tentative consiste à employer, pour fixer le traitement d'une maladie mentale, la méthode dont on se sert actuellement pour établir la thérapeutique raisonnée de toute affection organique.

En bonne clinique thérapeutique, on s'attache d'abord à rechercher les causes de tout processus pathologique, pour leur opposer, quand il y a possibilité de le faire, une médication s'adressant directement à elles et

ayant pour objet de les détruire ou tout au moins de les empêcher de donner tous leurs effets. Instituer un pareil traitement, c'est remplir l'indication causale, c'est, par exemple dans les maladies infectieuses, chercher à tuer l'agent pathogène ou tout au moins à arrêter son développement. De ce genre sont les médications de la fièvre intermittente par la quinine ou de la syphilis par le mercure. Une telle méthode ne peut malheureusement être utilisée que dans un nombre bien restreint de folies symptomatiques et le reste du temps on ne peut faire de médication causale, la pathogénie de la plupart des maladies mentales nous étant inconnue. Il faut alors se borner, et cette tâche est plus difficile qu'on ne se le figure, à faire de la thérapeutique des symptômes. Elle consiste à poursuivre un à un chaque symptôme jusqu'à ce que tous aient complètement disparu, à prévenir leurs récurrences et à ramener à leur état normal toutes les fonctions organiques. Cette méthode est par conséquent basée sur une étude minutieuse des symptômes et ne peut donner des résultats que lorsqu'un examen approfondi du malade a d'abord été fait par le médecin. Elle n'a rien d'absolu, et si ses grandes lignes reposent sur la connaissance de la maladie, ses détails sont fournis par la connaissance du malade.

Quels sont donc les principaux symptômes de la lypémanie anxieuse et les indications thérapeutiques qu'ils nous fournissent ?

Les troubles intellectuels de cette vésanie, dont Lasègue nous a donné une description saisissante, sont en partie les mêmes que ceux de la lypémanie simple. Les malades sont plongés dans une tristesse profonde ; ils se croient ruinés, perdus, déshonorés ; ils s'accusent de crimes imaginaires et font, disent-ils, la honte de leur famille. Des illusions et des hallucinations se surajoutent au

délire et sont souvent la source d'idées de persécution ; les tentatives de suicide ne sont pas rares, de même qu'une certaine tendance à la stupeur. Ce qui caractérise surtout la forme anxieuse, ce sont des terreurs vagues, survenant inopinément et sans cause, très pénibles et qui plongent le malade dans un trouble profond. Ces frayeurs se manifestent à n'importe quel moment, soit la nuit à la suite d'un cauchemar ou d'une hallucination, soit le jour pour le motif le plus futile et même sans motif. Il est de ces aliénés que la vue de certaines personnes, le médecin par exemple, jette dans de folles terreurs. En dehors de ces accès, ces malades sont constamment craintifs, repliés sur eux-mêmes, tout entiers à leurs idées délirantes et comme dans l'attente d'un danger imminent, d'autant plus menaçant pour eux que sa nature leur est inconnue. A ces symptômes psychiques s'en mêlent d'autres, d'ordre un peu différent, des éblouissements, de courts vertiges, des troubles de la sensibilité, qui sont interprétés par le patient dans le sens de son délire et viennent ajouter à l'état anxieux de son esprit.

Ces divers phénomènes sont, à notre avis, sous la dépendance de l'anémie cérébrale et présentent une grande analogie avec ceux qu'on observe chez les malades atteints d'insuffisance aortique ou chez ceux qui ont subi des hémorrhagies abondantes. Leur intensité est plus grande, mais à part cela, ils sont de même ordre. Ce sont les signes d'une profonde dépression cérébrale, et ils trahissent la souffrance des éléments nerveux dont la nutrition est devenue insuffisante. Nous n'entendons nullement préjuger ici de la cause de cette anémie cérébrale, nous nous bornons à constater ses effets.

D'autres symptômes d'un ordre tout physique viennent à l'appui de cette théorie, déjà bien ancienne et

que nous nous contentons de rajeunir, qui consiste à voir dans la lypémanie et particulièrement dans la lypémanie anxieuse un des résultats de l'anémie cérébrale. La circulation chez ces malades est peu active : leur pouls est rapide, mais mou et dépressible ; leur face est pâle, ou parfois colorée par une congestion subite et fugace ; ils ont souvent de l'œdème des membres inférieurs. Leur innervation cardiaque et vasomotrice subit des troubles profonds, l'hématosc devient insuffisante et la nutrition tout entière se ralentit. De plus ils sont sujets à des palpitations et ressentent fréquemment une angoisse précordiale toute particulière, qui n'est pas sans relation avec leur anxiété psychique. Cette tendance à l'irritabilité cardiaque, aux palpitations, aux névralgies précordiales et aux congestions fugaces, est encore une raison de plus de rapprocher jusqu'à un certain point ces malades des aortiques et de tous ceux qui présentent de l'anémie cérébrale, quel qu'en soit l'origine.

Cette similitude dans les symptômes nous a engagés à employer dans la lypémanie anxieuse un traitement qui n'est pas sans quelque rapport avec celui dont on fait usage dans l'insuffisance aortique. L'exemple de M. Voisin (1) et nos recherches personnelles nous ont conduits à instituer une *médication congestive*, contre une affection que nous croyons sous la dépendance de l'anémie cérébrale. L'opium répond selon nous à la première indication thérapeutique qui est fournie par l'étude des symptômes intellectuels de la lypémanie anxieuse ; son action congestive sur les centres nerveux et la facilité de son emploi nous le font préférer à tout autre médicament pour lutter contre l'anémie préexistante.

Les symptômes liés à l'anémie cérébrale ne sont pas

(1) Voisin. *Bulletin de thérapeutique*, 1874.

les seuls qui soient dignes d'attirer l'attention. Il en est plusieurs autres dont l'importance est considérable et qui sont du reste fréquents dans la plupart des psychoses dépressives. Ce sont l'*insomnie*, l'*inappétence* et la *constipation*. On les rencontre, soit isolés, soit associés ; ils sont l'indice d'un trouble très grand survenant dans les fonctions organiques et contribuent pour une très forte part à la persistance des troubles intellectuels. Nous avons toujours vu leur disparition coïncider avec une amélioration de l'état mental, aussi croyons-nous qu'il y a un intérêt de premier ordre à lutter contre eux.

L'*insomnie* est pour une bonne part le résultat de l'anémie cérébrale. Elle est très tenace et coupée par des hallucinations et des terreurs nocturnes qui agissent de la manière la plus fâcheuse sur le moral des malades. Tout ce qui tendra à faire disparaître l'anémie en congestionnant le cerveau servira utilement contre elle. Elle est donc justiciable de l'opium qui est l'agent le plus énergique dont on dispose pour ramener le sommeil dans ce cas particulier. Cette médication ne doit pas faire négliger l'emploi des petits moyens, tels que, par exemple, le repos prolongé au lit, la tête placée aussi bas que possible, sans oreillers. C'est sans doute pour obtenir ce résultat que M. Ludwig-Meyer (1) prescrit à ses lypémaniques le séjour continu au lit, méthode dont l'emploi exclusif lui aurait même donné des guérisons nombreuses et rapides. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de faire usage de ce traitement dans toute sa rigueur, mais nous tenons à faire remarquer que longtemps avant d'avoir en connaissance du travail de L. Meyer, nous faisions observer à nos ma-

(1) Ludwig-Meyer, *Die Behandlung der psychischen Erregungs- und Depressions-Zustände*. — *Therap. Monatsh.*, n° 5, 1887.

lades un décubitus dorsal aussi prolongé que possible, nous conformant en cela aux indications formulées par Weir-Mitchell dans le traitement de la neurasthénie.

Contre l'*inappétence*, nous employons la strychnine qui agit d'abord comme amer pour stimuler le sens du goût, puis comme excitant des fibres musculaires lisses du tube digestif. Sous son influence les contractions des muscles deviennent plus énergiques, et les mouvements péristaltiques étant plus réguliers et plus puissants, le travail mécanique de la digestion se trouve activé et le suc gastrique sécrété en plus grande quantité. Nous prescrivons journellement à nos malades, pendant toute la durée du traitement, une dose de cinq gouttes de teinture de noix vomique. Le retour de l'appétit est rapide et avec lui disparaissent graduellement les idées délirantes occasionnées par l'inappétence, le refus des aliments, la crainte d'être empoisonné, etc.

La *constipation* doit être combattue avec une énergie encore plus grande, car elle est le plus grave de tous les symptômes de la lypémanie et tient souvent les autres sous sa dépendance. Elle est certainement une des causes de l'inappétence et entretient un état saburral permanent des muqueuses digestives. Bon nombre de mélancoliques croient que leur intestin est bouché, uniquement parce que la constipation leur occasionne des malaises particuliers. L'insomnie est, elle aussi, en partie sous sa dépendance, et nous en sommes certains, car nous avons toujours vu le sommeil revenir, au moins partiellement, toutes les fois que la constipation a été vaincue. Elle est la source également de migraines, de maux d'estomac, de digestions lentes, et entretient une congestion permanente des vaisseaux de l'intestin, très nuisible à la santé générale de nos malades. La strychnine dont nous venons de préciser l'emploi, peut déjà agir contre elle en réveillant les muscles engourdis des

tuniques intestinales; mais à elle seule elle ne suffirait pas pour rétablir le cours des matières, tant la constipation de ces aliénés est opiniâtre.

Nous rejetons complètement l'usage des purgatifs employés de temps à autre et à la dose habituelle, surtout celui des huiles et des drastiques. Cette méthode n'amène que des débâcles suivies aussitôt après d'un retour de la constipation et se trouve par conséquent en opposition directe avec le but que l'on veut atteindre. Elle fatigue le malade et le dégoûte rapidement; elle n'a du reste aucune action favorable sur la marche de la maladie. Nous en dirons autant des lavements soit simples, soit purgatifs, qui sont à la fois incommodes et d'un effet incertain. Pour éviter ces inconvénients, nous prescrivons à nos malades un purgatif journalier, mais très léger, de façon à provoquer une seule selle par jour sans avoir à redouter ni diarrhée ni constipation. Nous leur faisons prendre dans ce but, chaque matin à jeûn et à leur réveil, un verre à bordeaux d'eau d'Hunyadi-Janos. Cette méthode de purgation quotidienne est, il est vrai, en désaccord avec les idées courantes sur l'emploi des purgatifs, mais elle offre le grand avantage d'avoir une action efficace et de n'exposer à aucun inconvénient. Nous l'avons empruntée à notre ami le Dr Glénard (de Lyon) (1) qui s'en sert avec le plus grand succès dans le traitement de l'entéroptose et des névroses qui sont sous la dépendance d'un mauvais fonctionnement de l'intestin. La constipation ne cède pas immédiatement, mais au bout de quelques jours les selles commencent à se montrer, se régularisent ensuite merveilleusement et plus tard continuent à être régulières même quand on cesse la purgation journalière. Nous n'hésitons pas à employer

(1) Fr. Glénard. Traitement de l'entéroptose. *Lyon médical*, 1886 et 1887.

cette méthode pendant toute la durée du traitement, et même après, une fois la guérison obtenue; nous attachons en effet la plus grande importance au retour des selles normales, car il est rare qu'il ne coïncide pas avec une amélioration des symptômes d'ordre intellectuel.

Mais c'est la santé physique surtout qui subit une amélioration remarquable dès le début de l'emploi de la noix vomique et de l'eau purgative. En peu de jours, les malades reprennent de l'appétit et commencent à dormir pendant la nuit entière. Leur embonpoint augmente, la circulation se fait avec régularité, et les œdèmes des membres, ainsi que les congestions et les anémies locales et subites, flussent par disparaître en peu de temps.

L'amélioration de l'état psychique est particulièrement sous la dépendance de la médication opiacée, aussi allons-nous insister un instant sur son mode d'emploi.

C'est en 1874, que M. Aug. Voisin, le premier, se servit de l'opium dans le traitement de la lypémanie. Quelques rares essais avaient bien été tentés avant lui, mais ils n'avaient pas été couronnés de succès et cette médication tout à fait abandonnée en France n'était pratiquée que par un petit nombre de médecins aliénistes allemands. Voisin employa la morphine en injections sous-cutanées et à doses croissantes, jusqu'à 40 centigrammes par jour. Il obtint de nombreux succès par cette méthode, dont la nouveauté souleva cependant de nombreuses objections de la part de plusieurs membres de la Société médico-psychologique. A la suite d'une discussion qui eut lieu dans cette société le 30 novembre 1874, une commission fut nommée pour étudier la question du traitement de la folie par les injections de morphine, mais ses conclusions n'ont pas paru avoir servi à en propager l'emploi.

La médication opiacée rejetée du traitement de la

lypémanie, malgré les bons résultats obtenus par Voisin, fut utilisée dans celui de la manie aiguë, et l'on trouve dans l'excellente thèse du D^r Brun (Lyon 1881), médecin adjoint à l'asile de Bron, de nombreux exemples de guérisons obtenues par elle. Nous avons vu nous-mêmes un certain nombre de malades atteintes de manie aiguë, traitées de cette manière dans le service de notre maître le professeur Pierret. Au lieu d'employer la morphine, on se sert à l'asile de Bron du laudanum à doses progressives. On commence par cinq gouttes et, en augmentant de cinq gouttes par jour, on arrive progressivement à des doses qui paraissent énormes, mais que les aliénés supportent parfaitement, 300, 400 gouttes par jour et même plus. Le D^r Olivier, presque à la même époque (Thèse de Lyon 1881), étudia le traitement de la lypémanie par le laudanum à doses croissantes et en observa les excellents résultats. Mais il employait seulement l'opium sans lui adjoindre aucune autre médication et s'exposait ainsi à des succès qui ont dû contribuer à l'abandon de cette méthode thérapeutique.

Nous avons repris, dans la lypémanie, le traitement par l'opium, en nous servant aussi du laudanum que nous donnons également à une dose qui va croissant chaque jour de cinq gouttes. Ce médicament, donné en potion, est d'un usage beaucoup plus commode que les injections de morphine que les malades appréhendent souvent. Nous n'avons pas encore eu l'occasion de dépasser 200 gouttes par jour, l'amélioration étant toujours survenue avant que nous ayons atteint cette dose, mais nous n'hésiterions nullement à atteindre un chiffre beaucoup plus élevé, s'il était nécessaire. On n'a pas d'accidents à redouter ; c'est tout au plus si le laudanum amène parfois quelques malaises stomacaux sans importance. Nous ne l'avons jamais vu produire la constipa-

tion, il est vrai que nous luttons contre celle-ci par les laxatifs quotidiens.

En Allemagne, Ludwig Meyer se sert de la morphine à doses croissantes et est allé jusqu'à 1 gramme 50 centigrammes en vingt-quatre heures ; il arrive couramment à 50 centigrammes. Concurrément avec la morphine, il emploie le bromure de potassium (2 à 5 grammes par jour), médicament qui, entre nos mains, a toujours donné des résultats déplorable et que nous proscrivons complètement du traitement des psychoses dépressives.

Il en est de même des bains que nous considérons comme dangereux dans cette forme d'aliénation. Ils augmentent la dépression mentale et le délire lypémanique. Il n'en est pas de même des douches qui sont un utile adjuvant du traitement interne, à condition cependant qu'on ne les emploie que lorsque le malade a repris son appétit habituel et présente une excellente santé physique. De plus elles doivent, pour être efficaces, avoir une durée extrêmement courte. La douche en tonneau ou en cercle, que l'on emploie trop souvent dans nos asiles, est beaucoup trop forte et doit être proscrite quand il s'agit de ces mélancoliques. La douche en jet brisé est bien préférable, car elle n'a pas l'action affaiblissante de la première.

Le régime alimentaire des lypémaniques anxieux ne doit pas donner lieu à une réglementation spéciale. L'essentiel est que ces malades mangent et même mangent beaucoup. Il est donc beaucoup plus important de les laisser choisir les aliments qu'ils préfèrent que de leur imposer un régime spécial. Dans certains cas, nous nous sommes bien trouvés de l'emploi du café noir très fort ; son action stimulante ne peut qu'être utile.

En résumé, le traitement qui découle des indications fournies par l'étude des symptômes et de la marche de

la lypémanie anxieuse, traitement que nous faisons suivre avec succès à nos malades, est le suivant :

1° Séjour au lit, dans le décubitus dorsal complet, aussi prolongé que possible. — On lutte ainsi contre l'anémie cérébrale et on soustrait le malade aux influences extérieures qui donnent souvent matière à son délire.

2° Chaque matin, au réveil et à jeun, une verrée d'eau purgative, d'Hnnyadi-Janos ou de Birmenstoff par exemple. La constipation cède toujours à cette médication.

3° Teinture de noix vomique à la dose de cinq gouttes par jour, divisée en deux potions, que le malade prend cinq minutes avant chacun des deux repas principaux.

4° Laudanum à doses progressives à partir de cinq gouttes et selon la méthode que nous avons indiquée. Nous l'incorporons dans une potion qui est prise en deux fois, le matin et le soir, quelle que soit la quantité de laudanum qu'elle contienne.

5° Douches en jet brisé, très courtes, et seulement quand la santé physique est devenue excellente.

En employant ce mode de traitement, que nous modifions naturellement plus ou moins selon les malades, nous avons obtenu la guérison de presque tous les cas de lypémanie anxieuse auxquels nous l'avons appliqué, et cela dans un espace de temps relativement court, variant de trois semaines à deux mois. Nous avons rarement échoué, et même dans ce cas une amélioration considérable se manifestait, permettant d'espérer une guérison ultérieure. Nous insistons d'autant plus sur la valeur de cette médication, qu'elle nous a donné des succès tant à l'asile que dans la clientèle privée, dans des cas dont le pronostic est généralement considéré comme très grave. Certains de nos malades présentaient une tare héréditaire manifeste, leur père par

exemple s'étant suicidé dans un accès de lypémanie; d'autres des tendances au suicide, des hallucinations de la sensibilité générale, etc. On sait, en effet, que le refus de manger, l'état hallucinatoire sans trêve ni repos, les préoccupations anxieuses sont des complications fâcheuses. C'est ainsi que M. Péon (*de la Mélancolie*. Prix Lefèvre, 1870) place parmi les malades guérissant fort rarement ceux qui se figurent que leur corps a subi diverses transformations, qu'ils ont des reptiles, des anguilles ou des sangsues dans le ventre, etc., en un mot tous ceux qui ont des hallucinations viscérales. C'était justement le cas d'une jeune fille, près de laquelle nous fûmes appelé en consultation, et qui croyait qu'on lui avait enlevé le cœur et la tête. Elle guérit complètement par le traitement opiacé et depuis, il y a de cela un an, son état mental est resté excellent.

Nous donnons ici, en les résumant, deux de nos principales observations; nous nous réservons de les publier en détail ainsi que toutes celles que nous avons recueillies, dans un prochain travail d'ensemble sur cette question.

OBSERVATION I.

X..., vingt-trois ans. — Hérité : son père s'est tué dans un accès de lypémanie; mère névropathe. — Au mois de mars 1886, sans cause occasionnelle connue, quelques jours avant de se marier, elle tombe malade brusquement. Tristesse profonde, délire d'indignité; elle croit avoir mérité des châtements sévères pour des fautes imaginaires. Tendances au suicide, hallucinations de l'ouïe et de la vue. Elle passe ses journées entières dans la tristesse et une demi-stupeur, mais présente de temps en temps de violents accès d'agitation de très courte durée.

Nous sommes appelé auprès d'elle par sa famille, au

mois d'octobre 1886, huit mois après le début des acci-
dents. Son état était sensiblement le même ; mélancolie
profonde, anxiété continuelle ; elle redoute des dangers
qu'elle ne prévoie pas, mais qui doivent fondre sur elle.
Elle éprouve toujours des hallucinations de la vue et de
l'ouïe, et en outre, de la sensibilité générale ; on lui a
pris son cœur et sa tête, etc. Insomnie continue ; pas
d'appétit et amaigrissement ; pas de constipation.

Traitement. — 25 octobre. — Teinture de noix vo-
mique ; eau purgative dès qu'un jour se passe sans
selles. L'état général s'améliore rapidement, dès que
l'appétit reparait.

1^{er} décembre 1886. — Commencement du traitement
opiacé. — Landanum à doses progressives. Nous attei-
gnons 80 gouttes en seize jours. A ce moment l'amélio-
ration de l'état psychique est très marquée. Les hallu-
cinations ont disparu ; il ne persiste que les idées
tristes et la peur d'un châtimement. Nous restons à la
dose de 80 gouttes par jour jusqu'au 5 janvier ; la gué-
rison est dès lors si avancée que nous baissons progres-
sivement de cinq en cinq gouttes. Dans le courant de
février la guérison est achevée et ne s'est pas démentie
depuis.

OBSERVATION II.

X..., quarante et un ans. Entrée à l'asile de Baillou
le 9 avril 1887, sortie le 14 août.

Pas d'antécédents héréditaires. Elle eut toujours,
avant et pendant son mariage, un caractère un peu
fantasque. En 1870, étant restée un certain temps sans
nouvelles de son mari qui faisait la campagne, elle eut
un premier accès de lypémanie qui dura quatre mois
environ et guérit presque subitement lors du retour de
son mari.

Il y a deux ans, elle perdit son unique enfant et en ressentit un très vif chagrin qui fut l'origine de troubles névropathiques de toute sorte, dont l'aboutissant fut, au mois de mars 1887, un accès de lypémanie anxieuse très nettement caractérisé. L'accès débuta brusquement au moment de la menstruation, et se manifesta d'abord par une violente agitation qui dura une quinzaine de jours. Quand elle entra à l'asile, le calme était revenu, mais la mélancolie l'avait remplacé. Toujours triste, elle répondait à peine aux questions et ne sortait de son mutisme que pour se plaindre et demander la mort. Idées religieuses exagérées, délire d'indignité. Insomnie persistante; la nuit, la malade est en proie à des terreurs très vives, elle voit l'enfer, des diables, des animaux fantastiques, etc.; elle pousse des cris de frayeur, tremble et manifeste la plus profonde anxiété. Le jour, elle éprouve des frayeurs du même genre, mais moins souvent que la nuit. Perte de l'appétit, elle mange très peu et seulement quand on le lui ordonne. Constipation opiniâtre.

La malade reste dans cet état jusqu'au 3 juillet, jour où on commence le traitement. La médication que nous avons indiquée est employée avec toutes ses minuties : purgatif journalier, strychnine, laudanum, douches très courtes. L'amélioration se produit aussitôt et s'accroît presque de jour en jour; l'appétit revient rapidement ainsi que le sommeil, les selles se régularisent. Au point de vue mental, les frayeurs et l'anxiété disparaissent les premières, la mélancolie persiste plus longtemps, mais finit par céder et, au bout d'un mois, la guérison paraît complète. La dose de laudanum fut portée à 100 gonttes par jour, puis diminuée graduellement. Tout traitement fut cessé le 7 août, et la malade sortit le 14, complètement guérie.

Nous avons toujours observé chez nos malades une

disparition graduelle des idées délirantes, telle que l'avait constatée Voisin (1) : « La manière dont le délire disparaît est intéressante, les conceptions délirantes, les hallucinations ne forment plus un corps dont les parties se tiennent ; elles disparaissent les unes après les autres, de sorte qu'un jour le malade se trouve n'en avoir que le souvenir et ne conserve qu'un peu de tristesse, de vague, d'étouement de l'esprit, comme si l'organe cérébral avait subi une commotion dont il est quelque temps à se remettre. » Nous avons pu constater combien ce tableau de la convalescence est exact, et chez certains de nos malades, cette disparition de chaque partie du délire était si nette, que le changement survenu dans l'état mental pouvait presque être noté de jour en jour. Mais pour obtenir ce résultat, il ne faut pas cesser un seul jour de s'occuper de son malade ; il faut être à l'affût de chaque symptôme nouveau, de chaque complication, pour être prêt à lui opposer une médication énergique. La guérison est à ce prix.

Il va sans dire que nous ne donnons pas à nos lypémaniques un traitement identiquement le même pour tous ; ce serait méconnaître la loi des indications symptomatiques que nous nous sommes efforcés de suivre. Si l'appétit est resté bon, la strychnine est inutile ; s'il n'y a pas de constipation habituelle, il faudra seulement régulariser les selles. Mais le laudanum est la base du traitement et doit toujours être employé. Du reste, les symptômes dont nous avons parlé étant presque de règle dans la lypémanie anxieuse, il y a peu de choses à modifier à notre médication même pour les cas particuliers, car nous avons cherché à formuler un traitement applicable à la majorité des malades et non pas à faire de la thérapeutique d'exception.

(1) Voisin, *Léçons cliniques des maladies mentales*, 1884, p. 722.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HYSTÉRIE ALCOOLIQUE

Par M. le docteur GUILLEMIN

Médecin adjoint de l'asile de Dôle.

L'hystérie est éminemment héréditaire et la plupart des auteurs n'accordent aux autres causes qu'une action secondaire n'agissant que sur un terrain déjà préparé. Ainsi M. Charcot admet l'alcoolisme comme cause occasionnelle; M. Achard cité par M. Dreyfous (1) émet la même opinion. Ce dernier, dans un récent travail sur l'hystérie alcoolique (2), conclut que l'alcoolisme ne peut créer d'emblée l'hystérie; il fait cependant une réserve pour l'absinthisme. L'observation suivante nous porte à croire que l'alcoolisme, quelle que soit sa nature, peut produire cette névrose.

SOMMAIRE. — Alcoolisme. — Première attaque à la suite d'une chute. — Deuxième série de crises en 1882. — Troisième attaque en 1883. — Paralysie des membres inférieurs. — Perte de la parole. — Accès d'agitation. — Nouvelles crises en 1885. — Nouvelles crises en 1887. — Délire alcoolique. — Entrée à l'asile le 8 octobre 1887. — Nouvelles crises. — Anesthésie cutanée et sensorielle; parésie des membres inférieurs. — Attaques provoquées par la compression d'un point hystérogène (Observation recueillie dans le service de M. le Dr BÉCOULET, directeur-médecin).

Le nommé Tr..., âgé de vingt-deux ans, garçon de café, entre à l'asile de Dôle le 8 octobre 1887.

(1) *Union médicale*, 20 novembre 1887.

(2) *Union médicale*, 3 novembre 1887 et suivants.

D'après le certificat médical, Tr... est atteint de pseudo-paralysie générale alcoolique (idées de grandeurs, inégalité des pupilles).

État actuel : Tr... se présente à nous dans l'état suivant : taille moyenne, bonne constitution, tempérament nerveux, pupilles inégales, la gauche plus dilatée, yeux bruns, cheveux châtains, physionomie anxieuse, sensibilité générale obtuse, pas de tremblement.

Tr... répond docilement à nos questions. Il avoue des excès alcooliques. A l'âge de dix-sept ans, il est tombé d'une terrasse et est resté suspendu dans le vide. Depuis cette époque il éprouve des attaques d'épilepsie revenant tous les quinze jours.

Avant ses crises un brouillard, puis un tourbillon se forment devant ses yeux. Notre malade accuse aussi des hallucinations de la vue : frayeurs nocturnes, voit des personnes qui viennent pour le tuer. Quant aux idées de grandeurs qu'il a manifestées, il n'en a aucun souvenir. Il se rend compte de son état et ne peut croire à ses conceptions délirantes ambitieuses. Nous portons le diagnostic : manie alcoolique avec crises épileptiformes consécutives à des excès de boisson.

Jusqu'au 24 octobre, Tr... se plaint seulement d'éprouver pendant la nuit des frayeurs au moindre bruit. A cette époque il accuse des douleurs dans les membres inférieurs. Tr... traîne la jambe, il lui semble que ses nerfs se retirent; en même temps se montrent des battements de cœur.

Tr... passe à l'infirmerie.

Là nous constatons une anesthésie complète à la douleur, au froid et à la chaleur, occupant les membres inférieurs et la paroi abdominale dans un espace compris entre deux lignes partant des épines iliaques antérieures et supérieures et aboutissant au-dessous de l'ombilic. Cette anesthésie occupe aussi les membres supérieurs. Elle s'étend en avant jusqu'à l'insertion claviculaire du deltoïde, contourne à ce niveau la clavicule, gagne les fosses sus et sous-épineuses en suivant une ligne allant à l'angle inférieur de l'omoplate. Sur le thorax, la partie moyenne des six premiers espaces intercostaux est insensible. Le réflexe plantaire est complètement aboli.

Nous interrogeons Tr... sur ses antécédents. Voici les renseignements qu'il nous fournit :

Sa mère était tuberculeuse et est morte en 1865, un mois après sa naissance. Il n'a pas entendu dire qu'elle ait eu des crises nerveuses.

Son père a toujours été bien portant, n'a jamais fait d'excès alcooliques, s'est remarié en 1866.

Il a un frère et une sœur. Ils n'ont jamais eu d'attaques de nerfs.

Sa grand'mère maternelle est morte à l'âge de soixante-dix-huit ans; depuis deux ans elle se relevait la nuit, et avait des idées noires.

Quant à notre malade, depuis l'âge de quinze ans il fait des excès de toute sorte, surtout de boisson; à l'âge de vingt ans il s'est mis à boire de l'absinthe.

La première attaque a lieu en 1881, peu de temps après sa chute. Les crises durent un mois et reviennent chaque jour. En 1882, nouvelles crises d'une durée de huit jours. En 1883 apparaissent une paralysie des quatre membres et une abolition complète du langage.

Tr... est conduit à Fribourg, en revient guéri, mais quelque temps après il éprouve des « vaguements » (*sic*) dans la tête qu'il frappe contre les murs et reste trois mois sans connaissance. Nouvelles crises en 1885; nouvelle accalmie de dix-huit mois; puis surviennent les crises qui ont précédé sa séquestration. Enfin Tr..., nous dit que ses crises cessaient dès qu'il mettait fin à ses excès de boisson. Elles revenaient au contraire peu de temps après qu'il recommençait ses libations.

2 novembre 1887. — La sensibilité revient dans les parties anesthésiées; elle se montre d'abord à la racine des membres et à la paroi abdominale. Ajoutons que Tr... ne peut supporter le regard, « car, dit-il, dès qu'on me regarde, j'ai envie de dormir. » — Mêmes hallucinations de la vue.

10 novembre. — Un épileptique en traitement à l'infirmerie a pendant la journée plusieurs attaques d'épilepsie. Tr... en est témoin et aussitôt surviennent chez lui deux crises d'hystérie. D'après le surveillant, voici l'état de notre malade: Il pousse un cri, ses membres se raidissent, puis la période clonique apparaît. Tr... se frappe la poitrine, projette son corps en avant, le pelotonne. Ces crises durent cinq minutes; les convulsions toniques sont de courte durée. Alors surviennent les hallucinations, le délire ambitieux. Tr... ordonne aux malades qui l'entourent de tuer trois canards qu'il aperçoit autour de lui, appelle Fritz, lui enjoint l'ordre de mettre les chevaux en voiture pour partir à la chasse. Le soir, frayeurs: voit des brigands, supplie qu'on ferme les portes. A ce moment Tr... a

déjà repris connaissance. Pas d'émission involontaire d'urine, pas de morsures à la langue.

11 novembre. — A la visite, Tr... n'a aucun souvenir de ses crises. Nous cherchons à en provoquer une. La compression du testicule, de l'épigastre ne produisent rien. Nous comprimons alors le sterno-mastoïdien gauche. Tr... se plaint d'abord de maux de tête; il se produit une espèce de ronflement, les yeux s'injectent, se dévient à droite, sont animés de quelques mouvements convulsifs, la face est rouge, la respiration s'arrête. A ce moment le regard devient fixe et les grandes convulsions apparaissent, telles que le surveillant les avait signalées. Les convulsions cloniques consistent en des mouvements très étendus des membres et du tronc. Les bras sont projetés en croix hors du lit, puis ramenés violemment sur la poitrine que Tr... se frappe à poings fermés. Les jambes sont lancées de côté et d'autre, ramenées en dérivant des demi-cercles, et produisant des mouvements alternatifs de flexion et d'extension. Le tronc se replie en arrière, projetant la poitrine et l'abdomen en avant avec une grande violence. La tête éprouve aussi des mouvements violents et très étendus d'avant en arrière et de latéralité. Les yeux sont fermés, la perte de connaissance est complète, la sensibilité générale abolie. Pas d'écume à la bouche, ni d'émission involontaire d'urine, ni de morsures à la langue. Mêmes hallucinations consécutives; pendant la nuit, mêmes frayeurs.

12 novembre. — Anesthésie de tout le corps, céphalalgie; courbature, soif vive.

16 novembre. — Crise provoquée. M. le directeur-médecin l'arrête par la compression des globes oculaires. On suggère alors à Tr... de se lever à deux heures et de faire deux fois le tour de la chambre. Tr... se réveille et dit : « Je ne peux pas le faire. » On renouvelle la suggestion. A une heure quinze minutes, nouvelle attaque en tout semblable aux précédentes. A son réveil Tr... prononce les paroles suivantes : « On veut me faire dormir, mais je ne le veux pas; » puis il s'endort, mais ne se relève pas à l'heure indiquée.

Ici nous ferons remarquer que nous n'avons été témoin que des crises provoquées. Leur durée et leur violence nous ont engagé à ne pas en provoquer trop souvent; c'est pourquoi nous n'avons pas recherché si le sterno-mastoïdien droit était aussi un point hystérogène.

18 novembre. — Amblyopie du côté droit; obnubilation des

sens du goût et de l'odorat. Tr... ne peut reconnaître la saveur du sel, du poivre, l'odeur de l'éther; même insensibilité générale.

19 novembre. — Crise hystérique.

22 novembre. — Sensibilité générale revenue, excepté à la plante du pied.

8 décembre. — Se plaint de crampes dans la jambe gauche. Anesthésie du membre inférieur de ce côté.

11 décembre. — Crise hystérique.

15 décembre. — Tr... a une attaque, mais les hallucinations et le délire ne se produisent pas.

18 décembre. — Se plaint de battements de cœur, de surdité du côté droit, de céphalalgie intense occupant surtout la moitié antérieure du crâne. A droite le malade n'entend pas le tic-tac d'une montre, et n'entend pas mieux lorsque l'objet est placé sur la tempe ou l'apophyse-mastoïde. Obnubilation persistante des autres sens. Sensibilité générale normale.

Réflexions. — Tr... est hystérique et alcoolique.

L'hystérie est démontrée par les différents symptômes que nous avons observés chez notre malade : Anesthésie, crises provoquées par la compression du sterno-mastoïdien, obnubilation des sens spéciaux, délire consécutif aux attaques, arc de cercle du tronc, mouvements très étendus dans les convulsions éloniques.

Quant à l'alcoolisme, nous en avons la preuve dans les aveux de Tr... et dans son délire. Il présente en effet un double délire : l'un, le délire des grandeurs dont il ne conserve aucun souvenir; l'autre, qui est propre aux alcooliques, je veux parler des hallucinations terrifiantes qui l'assiègent pendant la nuit.

Tr... est donc hystérique et alcoolique. Y-a-t-il une relation entre ces deux états ?

Tr... n'accuse aucune tare héréditaire. Sa mère, quoique tuberculeuse, n'a pas éprouvé de troubles nerveux; son père n'est pas alcoolique; ses frère et sœur n'ont jamais eu de crises nerveuses. D'un autre côté, l'état de démence dans lequel est tombée sa grand'mère maternelle à un

âge avancé ne peut pas être regardé comme signe d'hérédité.

Par contre, depuis l'âge de quinze ans, notre malade s'adonne à la boisson. Ces excès, auxquels il s'est livré, ont amené chez lui l'affaiblissement de sa puissance cérébrale. Et, comme le fait remarquer M. Jaccond, « le fonctionnement régulier de l'appareil nerveux dépend de la prédominance de l'activité cérébrale sur l'activité spinale. Si l'action cérébrale est diminuée, l'action spinale l'emporte, et l'hystérie se produit. » C'est ce qui est arrivé chez Tr...

Jusqu'à l'âge de dix-sept ans la névrose a été chez lui pour ainsi dire à l'état latent, et n'attendait qu'une cause occasionnelle pour se manifester. L'alcoolisme a été la cause efficiente, et la chute la cause occasionnelle.

Enfin l'absinthisme ne peut être incriminé, puisque les crises se sont montrées à une époque où Tr... ne faisait pas usage de l'absinthe.

Conclusions. — De cette observation nous tirerons les conclusions suivantes :

- 1° Il existe une hystérie alcoolique;
 - 2° L'alcoolisme, quelle que soit sa nature, peut produire l'hystérie.
-

Archives cliniques.

25.

ASILE DE PAU. — M. LAFFITTE, DIRECTEUR-MÉDECIN.

Mégalo manie. — Mort subite par rupture du cœur.

SOMMAIRE. — Mégalo manie essentielle observée pendant vingt mois, sans le moindre trouble somatique, chez une femme qui paraissait avoir une santé des plus robustes. — Mort subite après deux jours de maladie, au milieu des signes d'une congestion cérébrale. — A l'autopsie, cerveau congestionné au niveau des lobes frontaux, induration de la substance blanche, foyer ancien dans la couche optique gauche. — Symphyse costo-pulmonaire droite. — Rupture du cœur à la paroi postérieure du ventricule gauche; hémorrhagie considérable dans le péricarde. — Dilatation du cœur et dégénérescence graisseuse.

*Observation recueillie par M. le Dr MEILHON, interne
du service.*

Joséphine G..., cinquante-deux ans, domiciliée à Bayonne, marchande de volaille, entrée à l'asile Saint-Luc le 25 janvier 1884. Elle a deux enfants dont le plus jeune est âgé de seize ans.

Il résulte des renseignements fournis sur la malade qu'elle a toujours eu un caractère violent; elle avait des habitudes d'alcoolisme. Elle est malade depuis un an environ, à la suite du chagrin que lui a causé l'inconduite de son fils aîné et des discussions qu'elle a eues à ce sujet avec son mari. — Pas d'hérédité.

La malade présente le type le plus accompli de la mégalo manie essentielle, et depuis son admission à

l'asile elle n'a jamais varié dans son délire ; elle est reine de France, se croit riche, douée de toutes les qualités, est pleine de fierté, ne veut se commettre avec personne, donne des ordres, s'indigne si on lui pose des questions, et vit dans une oisiveté complète pour soutenir l'honneur de son rang. Elle se montre impérieuse et indisciplinable, traite tout le monde de très hant, se promène la tête fièrement redressée au milieu de ses compagnes pour lesquelles elle professe le plus grand mépris, ne demande rien que sous la formule « j'ordonne », et se met parfois dans des colères terribles si ses ordres ne sont pas exécutés.

Elle présente des hallucinations de la vue et de l'ouïe ; elle est en communication directe avec son mari qui se trouve dans le voisinage, assis sur un trône ; elle le voit dans toute sa majesté. Parfois elle appelle dans les airs des personnes imaginaires, avec lesquelles elle correspond. Elle a des dames d'honneur ; ses parents ont tous de grandes dignités à sa cour. Elle entend des voix qui lui parlent de gravures figurant des saintes ; elles lui disent que Dieu est avec elle, qu'elle peut nous réduire tous en poussière et nous ressusciter ensuite. « Entendez-vous, nous dit-elle, ces voix qui révèlent ma puissance ? — Non. — Tant pis pour vous. »

Ce délire des grandeurs systématisé et très cohérent a persisté sous cette même forme et sans la moindre défaillance pendant tout le séjour de la malade à l'asile, et son attitude hautaine était en harmonie avec les conceptions délirantes ; c'est ainsi que la malade n'a jamais voulu participer à la moindre occupation, et que, par contre, elle se montrait très exigeante.

Du reste aucun trouble somatique ; la malade avait toutes les apparences d'une santé des plus florissantes ; d'une taille élevée, d'une constitution robuste, elle portait fièrement sa majesté de reine ; jamais la moindre

indisposition. Cependant, comme chez des aliénés des lésions souvent très graves n'amènent aucune réaction générale qui les mette en évidence, M. Girma, médecin adjoint, tenta à plusieurs reprises de faire l'examen de la malade au point de vue de l'état physique; mais elle refusa toujours de se soumettre à ce qu'elle considérait comme une violation de sa dignité, et il fallut passer outre.

Le 28 septembre dernier, au matin, la malade se promenait dans la cour, lorsque tout à coup elle s'affaissa sur elle-même, sans perdre absolument connaissance, sans mouvements convulsifs ni résolution musculaire, sans déjections involontaires, et comme frappée d'une syncope légère. Transportée à l'infirmerie, elle nous parut sous l'influence de phénomènes congestifs du côté du cerveau, la tête était chaude, la face vultueuse, les yeux à demi fermés. Aucune déviation des traits, ni de la bouche, ni des yeux; la motilité et la sensibilité étaient intactes. Le phénomène qui nous frappa fut un état de dépression assez marquée qui contrastait avec l'habitus ordinaire de la malade, et qui s'accompagnait d'une abolition presque absolue des facultés intellectuelles avec aphasie et embarras de la parole des plus manifestes; elle bredouillait et il était impossible de la comprendre; la langue n'était ni déviée ni tremblotante.

Pour la première fois l'état de dépression dans lequel se trouvait la malade nous permit de l'examiner: en dehors de l'état congestif du cerveau, les grands viscères nous parurent normaux; seule la circulation était languissante, le pouls petit, irrégulier et intermittent, la peau un peu chaude; à l'auscultation les battements du cœur étaient faibles, sourds, irréguliers et intermittents comme le pouls, mais sans souffle organique, sans bruits anormaux. La percussion de la région précor-

diale dénotait une hypertrophie notable : la matité était abaissée, la pointe battait au niveau du septième espace intercostal en dehors de la ligne mamelonnaire.

Prescriptions : affusions froides sur la tête, lavement purgatif, sinapismes aux jambes ; potion avec 6 grammes de bromure de potassium.

Le soir, pas de changement dans l'état de la malade ; les phénomènes congestifs persistaient ainsi que l'embarras de la parole et les troubles circulatoires. T. 38,2.

Le lendemain, à la visite, après une nuit calme, G... avait repris son attitude hautaine ; l'intelligence était revenue, l'aphasie avait disparu, et l'embarras de la parole était à peine sensible. Cependant la tête était chaude, le pouls présentait les mêmes caractères que la veille. T. 38°. Mais il fut impossible de renouveler l'auscultation attentive du cœur, à cause du refus absolu de la malade qui se montrait indocile et défendait impérieusement qu'on la touchât. Du reste pas de trace d'œdème.

Prescriptions : affusions froides sur la tête ; potion avec 5 grammes de bromure de potassium.

Le soir, T. 38° ; la malade paraît de nouveau un peu abattue, même refus d'examen.

Le lendemain, à 4 heures du matin, l'infirmière de service lui fait prendre une cuillerée de sa potion ; une demi-heure après elle est trouvée morte dans son lit, sans que personne autour d'elle se soit aperçu de cette fin inopinée.

AUTOPSIE. — La mort date de trente heures. Cadavre à peine rigide. La face semble garder dans son expression l'air fier et hautain qui caractérisait la malade. Langue dépassant légèrement les arcades dentaires. Os du crâne très épais ; la calotte crânienne s'enlève sans trace d'adhérence de la dure-mère ; peu de liquide s'écoule.

Cerveau. — Bien conformé, de volume normal; corpuscules de Pacini très hypertrophiés à la partie moyenne du bord supérieur de l'hémisphère gauche et refoulant à ce niveau la dure-mère amincie à laquelle ils adhèrent. Quelques taches opalines disséminées sur le feuillet viscéral de la dure-mère; peu de liquide dans la grande cavité de l'arachnoïde. Le cerveau enlevé de sa boîte osseuse présente, au niveau des lobes frontaux droit et gauche, une vascularisation exagérée qui se traduit par une teinte rouge uniforme, limitée en arrière au sillon de Rolando. Les artères de la base ne sont pas athéromateuses. La pie-mère est un peu épaissie; elle s'enlève facilement, sans adhérence à la substance corticale. Les méninges étant enlevées, les lobes frontaux conservent leur coloration rougeâtre; la surface du reste de l'encéphale ne présente pas trace de congestion ou d'anémie. La substance grise est d'une consistance molle, sans que cependant elle s'enlève par le raclage avec le manche du scalpel. Au contraire, la surface blanche est manifestement indurée. Les différentes coupes des circonvolutions présentent des deux côtés un piqueté sanguin très notable et quelques gouttelettes de sang viennent sourdre à la surface des sections, principalement dans la moitié antérieure de l'hémisphère gauche.

A la partie moyenne et centrale de la couche optique du côté gauche, on remarque une petite cavité, qui logerait un petit grain de blé, remplie d'un peu de sérosité trouble, à parois irrégulières, et d'une teinte brunsale que le lavage ne fait point disparaître. La substance grise qui environne ce petit foyer ne présente rien d'anormal; cette lésion, probablement ancienne, correspond assez exactement à l'amas de cellules de la couche optique auquel aboutissent les fibres de l'étage supérieur du pédoncule cérébral.

Peu de liquide dans les ventricles ; on voit sur les parois du ventricule moyen un bouquet de vaisseaux congestionnés.

Les autres parties du cerveau, le cervelet, le bulbe ne présentent rien de particulier.

Poumons. — L'ablation de la paroi thoracique présente à droite quelques difficultés ; le poumon droit est en effet absolument adhérent, et sur toute la longueur de son bord antérieur des lambeaux étendus de tissu pulmonaire déchiré restent fixés à la paroi costale ; l'adhérence est généralisée à toute la plèvre ; c'est une véritable symphyse costo-pulmonaire envahissant toute la cavité droite de la cage thoracique ; la plèvre diaphragmatique n'est pas épargnée et il n'y a pas trace de loge distincte ; les trois lobes eux-mêmes sont confondus par l'adhérence du feuillet viscéral.

A gauche la cavité pleurale est saine. A la coupe les deux poumons ne présentent aucune lésion apparente ; on remarque seulement de la congestion dans les parties déclives, due simplement à un phénomène cadavérique. Le poumon gauche est bien marbré, souple, crépitant, aéré, il n'y a pas trace d'induration ; la plèvre du poumon droit est représentée par une enveloppe rugueuse, déchiquetée, épaissie, tomentueuse ; le tissu qu'elle recouvre est induré dans une épaisseur d'un demi-centimètre, mais le reste de la surface respiratoire ne présentait rien d'anormal, et nous pensons que l'hématose se faisait aussi bien à droite qu'à gauche, malgré la difficulté que rencontrait le poumon droit dans son expansion.

Cœur. — Le cœur recouvert du péricarde attire toute notre attention ; il se présente en effet sous l'aspect d'une poche volumineuse, en forme de globe un peu allongé verticalement, et comme distendu par une quantité considérable de liquide. Cependant, au palper, il

n'y a pas de fluctuation, pas de crépitation appréciable aux doigts. Nous incisons le péricarde verticalement à la partie médiane et antérieure et nous mettons à nu une cavité remplie d'un caillot sanguin noirâtre qui recouvre comme d'une nappe homogène et non interrompue toute la surface du muscle cardiaque. Le caillot soigneusement détaché cède tout d'une pièce ; il pèse 316 grammes.

Le péricarde est épaissi à sa face antérieure, mais nullement enflammé ; c'est donc le myocarde qui va nous donner la raison de l'hémorrhagie. En effet, le cœur est volumineux et comme hypertrophié ; il est pâle, couleur feuille morte ; à sa face antérieure il est recouvert d'une couche de graisse, très abondante surtout à la partie supérieure, autour de l'artère coronaire où elle atteint près d'un centimètre d'épaisseur. A la face postérieure le tissu adipeux est également considérable, principalement dans le sillon interauriculo-ventriculaire. Mais la lésion la plus remarquable consiste dans la rupture du muscle lui-même ; on voit, en effet, au tiers moyen de la face postérieure du ventricule gauche et à deux centimètres du sillon interventriculaire, une véritable déchirure des fibres musculaires à bords sinueux et irréguliers, obliquement dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, et labourant la surface du muscle dans une longueur de deux centimètres et demi sur cinq millimètres de largeur. Le fond de cette déchirure est recouvert par du sang coagulé que nous enlevons par un filet d'eau, et il paraît alors constitué par des fibres musculaires dissociées, d'une coloration foncée, et semblant fortement imprégnées par l'hématine.

La dissection de cette lésion nous montre qu'elle communique avec l'intérieur du ventricule gauche par un trajet ascendant décliné en zigzag, d'une longueur de deux centimètres, obliquement dirigé en haut,

en avant et en dedans, et constitué par des fibres musculaires déchirées limitant sur les bords des infundibula remplis de petits caillots sanguins ; un de ces diverticules avait les dimensions d'une lentille. L'ouverture intraventriculaire, longue seulement d'un centimètre, est située à une très petite distance de la cloison médiane.

Le ventricule gauche n'a pas plus d'un centimètre d'épaisseur, alors qu'au contraire sa cavité est considérablement dilatée ; il est rempli d'un caillot volumineux ; le tissu est pâle, anémié ; les colonnes charnues, décolorées se détachent de leur insertion ventriculaire à la moindre traction.

Le ventricule droit est lui-même un peu dilaté, sans amincissement des parois.

Tout le système valvulaire est sain ; il n'y a pas trace d'athérome.

Le reste de l'organe ne présente rien de spécial ; à noter seulement la pâleur générale du myocarde et la facilité avec laquelle ses fibres se dissocient.

Les artères coronaires, l'aorte suivie dans son trajet intra-thoracique, n'offrent rien à signaler. Pas d'athérome des artères.

Le *foie* est gras et augmenté de volume.

Rien à noter dans les autres viscères.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre : d'abord les cas de rupture du cœur sont peu fréquents et on ne saurait trop les noter au passage. Ensuite la malade présentait tous les attributs d'une santé florissante, alors qu'elle portait des lésions graves qui auraient dû altérer profondément son état physique ; c'était un foyer ancien dans la couche optique gauche, une adhérence généralisée de tout le poumon droit, une dilatation considérable du cœur avec dégénérescence graisseuse, une hypertrophie du

foie, concurremment à une excitation maniaque des plus actives ; c'est ainsi que souvent, chez les aliénés, des lésions quelquefois très graves ne s'accompagnent d'aucune réaction de l'organisme et passent inaperçues ; on ne les reconnaît qu'à la dernière période et lorsqu'il n'est plus temps d'intervenir, si l'on n'a pas soin d'examiner souvent les malades, en apparence les mieux constitués au point de vue physique, ou si, comme chez la femme G..., l'agitation délirante ne rend cet examen possible que *in extremis*.

Enfin, la cause de la mort fut légitimement attribuée à une congestion cérébrale dont la malade avait présenté quelques symptômes, tandis que rien ne faisait prévoir qu'il s'agissait d'une rupture du cœur.

Médecine légale.

CONSULTATION MÉDICO-LÉGALE

sur un

CAS DE DÉLIRE DE PERSÉCUTION

DONATION FAITE A LA VILLE DE BEAUNE (1)

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris,

· BAILLARGER, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de la Salpêtrière ;

LUNIER, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général honoraire du service des aliénés ;

FOVILLE, inspecteur général du service des aliénés ;

Avons été consultés par M. le maire de la ville de Beaune, à l'occasion du procès pendant entre cette ville et les héritiers de M. Louis V..., relativement à la validité d'une donation faite par M. Louis V... à ladite ville.

Après avoir pris connaissance du jugement rendu en première instance par le tribunal de Beaune, ainsi que des pièces et documents mis à notre disposition,

Nous avons consigné le résultat de notre étude dans le mémoire suivant :

M. Louis V... a fait à la ville de Beaune, son lieu de naissance, par un acte notarié en date du 5 août 1881,

(1) Cette consultation a été rédigée par notre regretté collègue M. Foville.

une donation entre vifs que la ville a été autorisée à accepter et dont l'acceptation définitive a été constatée par un autre acte notarié en date du 5 décembre de la même année.

Le 13 mai 1882, M. Louis V... est décédé *ab intestat*, à Beaune, mettant volontairement fin à ses jours.

Sa seule héritière était M^{me} B..., sa sœur; mais celle-ci renonça à la succession qui passa à ses enfants au nombre de trois, une fille et deux fils.

La fille, qui est religieuse, ayant aussi renoncé à la succession, les deux fils, MM. Eugène et Paul B... devinrent seuls héritiers.

Ceux-ci ont attaqué la donation faite par leur oncle à la ville de Beaune, alléguant que cette donation devait être déclarée nulle, par suite de l'état d'insanité d'esprit du donataire au moment où l'acte avait été accompli.

Par un jugement en première instance du tribunal de Beaune, en date du 20 mars 1884, MM. Eugène et Paul B... ont été déclarés mal fondés dans leur demande, et la donation du 5 août, au lieu d'être annulée, a été reconnue valable.

En rendant ce jugement, les premiers juges n'ont pas dénié qu'en fait, M. Louis V... était, dans les dernières années qui ont précédé sa mort, atteint de la *monomanie dite des persécutions*; mais ils ont admis, en même temps, que la donation arguée de nullité n'a été ni consentie, ni dressée sous l'inspiration des conceptions délirantes du donateur; qu'on est en droit d'en conclure logiquement que le dérangement partiel de ses facultés mentales n'a causé aucune influence sur la donation, et que celle-ci a été l'œuvre de la partie saine de son entendement.

Les demandeurs n'ont pas accepté ce jugement et ils ont interjeté appel devant la Cour de Dijon.

La question à examiner par nous se résume donc à

savoir si, en nous plaçant au point de vue de la médecine légale, nous sommes d'avis que le premier jugement doit être confirmé par la Cour d'appel ou s'il doit être infirmé.

Nous pensons, et nous allons nous efforcer de le démontrer, qu'il doit être confirmé.

Pour arriver à cette démonstration, nous aurons d'abord à établir quels sont, d'après nous, les principes médico-légaux qui doivent servir de règle d'appréciation dans les cas de ce genre, ensuite à faire l'application de ces principes généraux au cas qui nous est actuellement soumis.

I

La première question à examiner est évidemment celle de savoir si certaines facultés intellectuelles peuvent être altérées et troublées dans leur fonctionnement par un état de maladie, tandis que d'autres restent saines et continuent à fonctionner d'une manière normale ; en d'autres termes si le délire est toujours général ou s'il ne peut pas être partiel.

Il est évident, en effet, que si le délire était toujours général, il suffirait qu'un homme présentât un trouble intellectuel, quelque minime ou limité qu'il fût en apparence, pour que tous ses actes fussent indistinctement déclarés nuls et sans valeur.

A supposer qu'une théorie aussi exclusive ait jamais été professée, il serait très difficile, croyons-nous, de trouver aujourd'hui aucun médecin qui se chargeât de la soutenir. En effet, tous les auteurs contemporains qui ont écrit sur les maladies mentales établissent une distinction fondamentale entre les diverses formes de délire, suivant que celui-ci est général ou qu'il n'est que partiel, et entrent dans de longs développements sur les caractères de ce dernier.

Il en résulte que ceux de ces auteurs qui se sont plus spécialement occupés des maladies mentales au point de vue de la médecine légale, établissent une distinction non moins importante entre l'influence exercée sur la validité des actes, suivant que le délire est général ou qu'il est partiel, et reconnaissent que ce dernier est loin d'entraîner la nullité de tous les actes.

Pour n'en donner qu'un seul exemple nous citerons, d'après un des ouvrages les plus récents où ces questions sont traitées, et l'un des plus autorisés, quelques lignes qui résument très bien l'état actuel de la science à cet égard :

« 1° Dans le délire partiel les facultés mentales sont
« manifestement lésées sur un point, mais elles paraissent
« avoir conservé sur tous les autres l'intégrité de
« leur fonctionnement.

« 2° Lorsque l'acte testamentaire a été consenti et
« dressé, tout à fait en dehors des manifestations du
« délire partiel, et qu'il semble complètement étranger
« à toute suggestion pathologique, on peut le considérer
« comme étant l'indice d'un cerveau sain, et le couvrir
« de la protection de la loi.

« 3° Si le testament a été, au contraire, en rapport
« direct avec l'idée fixe et le cercle habituel des con-
« ceptions délirantes, il peut n'émaner que d'un juge-
« ment faussé et d'une volonté malade. La disposition
« est alors celle d'un fou et ne commande pas le res-
« pect. » (*Étude médico-légale sur les testaments con-*
testés pour cause de folie, par le D^r Legrand du Saulle,
Paris, 1879, p. 352.)

Ce même livre contient un grand nombre de faits où ces principes ont été adoptés comme règle d'appréciation par la justice.

Nous devons faire remarquer, ici, que la doctrine que nous venons de rapporter est relative à des testaments

et non à des donations entre vifs ; c'est que les testaments contestés pour cause de folie sont assez nombreux pour avoir été l'occasion de beaucoup de rapports médico-légaux et pour avoir donné lieu à des publications importantes. Il n'en est pas de même des donations entre vifs qui, étant accomplies pendant la vie même du donateur, et avec des formalités qui leur donnent un degré plus ou moins grand de notoriété, peuvent difficilement être réalisées si elles sont l'expression délirante d'un esprit malade, et sont, par conséquent, beaucoup moins souvent contestées devant les tribunaux.

On peut donc dire qu'*à priori*, une libéralité, par cela même qu'elle résulte d'un acte de donation entre-vifs, a, en sa faveur, plus de présomption de validité que si elle est le résultat d'un testament. L'acte de donation, en effet, exige l'intervention de tiers, tandis que le testateur est presque toujours seul, livré aux seules inspirations de son esprit qui peut être profondément troublé ; en outre il sait que l'instrument de ses dernières volontés ne sera connu qu'après sa mort, ce qui souvent le dispense de se gêner dans l'expression de ses sentiments.

D'ailleurs, la législation française admet d'une manière générale la présomption de la santé d'un acte fait, et elle laisse à ceux qui ont intérêt à soulever du doute à cet égard le soin de faire la preuve du contraire.

Le tribunal de Beanne a en soin de rappeler ce principe, et il a cité, à l'appui, les art. 504, 902, 1315 du Code civil.

L'art. 504, surtout, est rédigé en termes très significatifs à cet égard : « Après la mort d'un individu, dit-il, les actes par lui faits ne pourront être attaqués, pour cause de démence, qu'autant que son interdiction aura été prononcée ou provoquée avant son décès à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui est attaqué. »

Il semblerait qu'un texte aussi formel aurait dû empêcher le procès actuel, mais il paraît qu'à côté du texte de l'art. 504, il s'est établi une jurisprudence qui, en ce qui concerne spécialement les donations et les testaments, donne plus de latitude aux intéressés pour faire valoir leurs griefs. Quoi qu'il en soit de cette jurisprudence, dont le procès actuel nous paraît donner la confirmation, il n'en est pas moins vrai que l'art. 504 du Code doit constituer une présomption des plus grandes en faveur de la validité de tout acte qui ne porte en lui-même aucune trace de déraison.

La loi du 30 juin 1838, spécialement relative aux aliénés, a été encore plus loin que le Code civil, dans cette voie de la présomption favorable à la validité des actes. En effet, l'art. 39 de cette loi est ainsi conçu :

« Les actes faits par une personne placée dans un
« établissement d'aliénés, pendant le temps qu'elle y
« aura été retenue, sans que son interdiction ait été
« prononcée ni provoquée, pourront être attaqués pour
« cause de démence, conformément à l'art. 1304 du
« Code civil. »

Ainsi, il s'agit bien ici de malades dont l'aliénation mentale est avérée, puisqu'ils sont placés dans des établissements spéciaux, où ils ne peuvent être admis qu'en vertu de dispositions légales précédées de la constatation formelle de la folie ; et cependant le législateur de 1838 n'a pas trouvé qu'il y eût là une cause suffisante pour entraîner *de plano* la nullité des actes qui pourraient être accomplis, par ces malades, pendant la durée de leur internement ; si l'interdiction de l'aliéné n'a été ni prononcée, ni au moins provoquée, l'acte accompli est encore préjugé valable, et la preuve de l'insanité d'esprit de son auteur incombe à celui qui a intérêt à la donner. Il est vrai que cette disposition de la loi a paru excessive, et que des propositions ont été faites pour la

modifier ; mais elle n'en conserve pas moins, jusqu'à présent, toute son autorité, et elle a été la règle en vigueur depuis quarante-sept ans.

Il est donc bien établi par la législation, et conforme à la science, que certaines personnes peuvent présenter des troubles intellectuels sans perdre, pour cela, toute capacité civile ; si leur délire n'est que *partiel*, si les actes accomplis par elles sont étrangers à ce délire, s'ils n'ont pu être déterminés par lui, si, en un mot, ils sont raisonnables, ces actes doivent être considérés comme valables, ils doivent avoir leur plein effet.

Ce principe étant bien établi, il convient de rechercher dans quel sens il doit être appliqué à la donation faite par Louis V... en faveur de la ville de Beaune.

II

Le jugement de première instance a admis que M. Louis V... a présenté, dans les dernières années de sa vie, des altérations intellectuelles, rentrant dans le cadre de ce que l'on appelle « le délire des persécutions. »

Mais cette simple formule ne peut suffire pour donner une idée complète et précise de l'état mental habituel, ni de la conduite ordinaire de M. V...

Les malades affectés de délire de persécution, les persécutés comme on les appelle aujourd'hui, présentent bien, tous, certains symptômes communs, qui sont assez constants et uniformes pour caractériser leur affection, pour permettre d'en former un groupe bien défini, un genre si l'on veut, nettement distinct des autres formes de maladies affectant l'intelligence.

Mais les idées de persécution, qui forment l'essence même de la maladie, sont loin d'être toutes semblables les unes aux autres ; elles présentent, au contraire, les variétés les plus grandes dans leur origine, dans leur mode d'évolution, dans leur intensité, dans leurs mani-

festations extérieures, dans l'influence qu'elles exercent sur l'intelligence, sur les sentiments moraux et affectifs, sur la volonté et les actes des malades.

C'est dire que le grand groupe des persécutés se subdivise, dans la pratique, en plusieurs groupes secondaires qui doivent être étudiés et décrits, chacun séparément, comme autant d'espèces et de variétés distinctes. Pour apprécier exactement la valeur des actes d'un persécuté, il faut donc commencer par déterminer la catégorie à laquelle il appartient.

Sans entreprendre de donner ici une description complète et détaillée de chacune de ces catégories, nous ne pouvons nous dispenser d'en esquisser les principales à grands traits. Nous rechercherons, ensuite, à laquelle d'entre elles appartenait M. Louis V..., et nous examinerons quelles conséquences il convient d'en tirer au point de vue du procès actuel.

Les persécutés sont, d'une manière générale, tourmentés par des sensations, soit complètement fausses, soit faussement interprétées, symptômes que l'on désigne sous les noms d'hallucinations et d'illusions : les hallucinations sont des sensations perçues sans qu'aucune impression extérieure se soit produite ; les illusions sont des sensations perçues à la suite d'une impression extérieure réelle mais qui se trouve dénaturée.

Les différents sens sont sujets aux hallucinations et aux illusions ; mais celles de l'ouïe sont les plus fréquentes, et ce sont celles qui, dans le délire des persécutés, notamment, constituent le trouble sensoriel constant, pour ainsi dire essentiel de la maladie. Ce sont ces *voix* qui frappent le malade, qui troublent sa raison, qui font naître dans son esprit des idées de crainte, d'appréhension, de persécution, en un mot. La conséquence naturelle est qu'ils croient avoir des ennemis et qu'il les cherchent ; pour expliquer des phénomènes

aussi contraires à la nature, ils invoquent des causes qui, à leurs yeux, au moins, sont surnaturelles : la police, les sociétés secrètes, la physique, l'électricité, etc.

Mais avec ces éléments communs, le point de départ et le point d'arrivée peuvent présenter de grandes variétés, suivant les différents cas.

Chez certains malades, les hallucinations semblent apparaître d'emblée, sans cause déterminée.

Chez d'autres, au contraire, elles ont été précédées, pendant plus ou moins longtemps, par des états variables de souffrance nerveuse, notamment de douleurs viscérales, tenant à un trouble soit matériel, soit fonctionnel des organes, surtout de ceux qui sont situés dans la poitrine ou dans le ventre. Ces douleurs mal définies et mal interprétées ont pour effet de concentrer l'attention du malade sur l'étude exagérée, parfois exclusive, de sa propre personne, et produisent ce que l'on appelle des idées hypochondriaques, ou l'hypochondrie. Après avoir existé seules, pendant un temps plus ou moins long, les idées hypochondriaques s'organisent, s'accompagnent de troubles nerveux appartenant non plus à la sensibilité spéciale, celle des viscères, mais bien à la sensibilité générale ; de là des hallucinations de l'ouïe, on d'autres sens, qui à leur tour provoquent des idées de persécution.

De ces explications, il ressort que chez certains malades, les idées hypochondriaques, puis les hallucinations de l'ouïe et enfin le délire des persécutions, constituent trois degrés successifs d'une même affection, trois ordres de symptômes qui s'enchaînent et se provoquent les uns les autres.

Mais, jusqu'où ira cette évolution, cet enchaînement progressif de troubles nerveux, de sensations fausses, de conceptions délirantes ?

C'est ici, surtout, que les contrastes sont sensibles

dans la manière dont les malades subissent les effets de leurs souffrances et réagissent sous l'influence de leur délire.

Il y en a qui ne manifestent, à l'extérieur, rien ou presque rien ; le trouble reste tout à fait partiel dans sa nature, et limité dans ses effets.

Ces malades peuvent, dans la vie commune et publique, continuer leurs occupations, gérer leurs affaires, administrer leurs biens, sans que leur raison soit altérée, sans que leurs actes soient influencés par les accidents nerveux qu'ils éprouvent ; chez eux le domaine de la maladie reste limité, circonscrit et n'exerce aucun empiètement sur celui de la conduite générale. Le délire existe, mais il reste à l'état latent, virtuel ; la systématisation des conceptions délirantes n'est pas poussée bien loin ; la conduite n'est ni déraisonnable ni violente. Les persécutés appartenant à cette catégorie continuent à vivre libres sans devenir dangereux ; on peut les fréquenter sans constater qu'ils ont certaines facultés troublées.

Il en est tout différemment de ceux des persécutés chez lesquels le délire, prenant un développement plus grand, arrive à absorber les pensées, à dominer les sentiments, à diriger les actes.

Ceux-là, devenus les esclaves de leurs hallucinations, systématisent leurs souffrances et ne tardent pas à croire qu'ils ont découvert leurs ennemis cachés ; ils ne doutent pas que les faits dont ils se figurent avoir tant à se plaindre ne soient volontairement commis par des personnes déterminées, qu'ils reconnaissent habituellement parmi ceux qui les approchent de plus près, leurs parents, leurs alliés, leurs serviteurs, leurs chefs.

Bien souvent, cherchant à approfondir les causes des persécutions dont ils sont l'objet, ils n'y réussissent qu'en se persuadant qu'on a intérêt à les tenir dans l'ombre,

et à les éclipser, à les faire disparaître ; ils en concluent qu'ils devraient occuper une position plus élevée que celle qu'ils ont, jouir d'avantages bien supérieurs à ceux qu'ils peuvent obtenir ; à leurs idées mélancoliques, s'ajoutent des idées de grandeur : ce sont des persécutés devenus ambitieux.

Mais les persécutions redoublent d'intensité ; ceux qui les éprouvent ne peuvent obtenir d'en être délivrés ; la justice des hommes ne fait rien pour eux ; il est donc bien légitime qu'ils se fassent justice eux-mêmes ; la vengeance devient le sujet de leurs pensées, le but de leurs actes. Ils savent quel est l'auteur de leurs maux ; ils ont bien le droit d'exercer des représailles et de rendre le mal pour le mal, de persécutés ils deviennent persécuteurs, et tous les moyens leur sont bons pour châtier les coupables.

Arrivés à ce degré, les malades réagissent encore d'une manière différente suivant leur tempérament personnel. Certains deviennent agressifs, voire même incendiaires, meurtriers. D'autres, plus retenus pendant leur vie, se réservent au moins une réparation posthume, et se vengent en disposant de leur fortune d'une manière plus ou moins anormale, mais dans le but d'en priver leurs héritiers naturels qu'ils considèrent comme leurs ennemis.

Voilà comment il peut être vrai de dire que certains testaments, faits au détriment des héritiers naturels, et en faveur d'établissements de bienfaisance ou d'administrations publiques, peuvent être considérés comme des actes déraisonnables, accomplis par un esprit malade, sous l'influence d'idées de persécution et de croyances malades à l'inimitié des plus proches parents.

Mais il faut pour cela que les idées de persécution aient assez d'empire sur celui qui en est atteint, pour dominer sa conduite ; en un mot qu'il soit parvenu à un

degré très avancé, comme il arrive chez les persécutés que nous venons de désigner sous les qualifications de persécutés ambitieux ou de persécutés devenus persécuteurs. Au contraire, dans les formes moins intenses, plus bénignes, que nous avons décrites d'abord, dans celles où le délire n'est pas fortement systématisé, où les affections ne sont pas perverses, dans celles où la conduite n'est pas le reflet des convictions erronées de la partie troublée de l'entendement, les actes accomplis n'ont pas le caractère maladif et doivent être considérés comme émanant d'une volonté qui n'est pas influencée par les idées de persécution.

III

Ceci posé, cherchons à nous rendre compte de la nature et de l'intensité des idées de persécution dont M. Louis V... a été affecté, de la catégorie de persécutés à laquelle il appartenait, de l'influence que sa maladie exerçait sur ses sentiments et sur l'ensemble de sa conduite.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis, M. Louis V..., obligé par son père à renoncer à la carrière d'ingénieur de la marine, dans laquelle il était entré en sortant de l'École polytechnique, et n'ayant aucune aptitude pour les affaires commerciales, vécut retiré à Beaune, s'occupant surtout de mathématiques ; il était de relations faciles, très dévoué à ses amis, mais original : il avait sur beaucoup d'objets des conceptions particulières en dehors des idées reçues et les développait avec beaucoup d'esprit.

Après la mort de ses parents, il vécut à la campagne, s'adonnant à la chasse ; ses relations avec ses amis, assez fréquentes au début, devinrent plus rares ; sa solitude fut presque complète. Son régime était mauvais, mal équilibré ; sous cette influence, sa santé se déranger,

son appétit devint irrégulier, les fonctions digestives s'altérèrent; les idées du malade se concentrèrent sur ses organes digestifs, puis l'intelligence se troubla à son tour. M. Louis V... entendit des voix qui lui racontaient des histoires extraordinaires.

Enfin, les digestions se détériorent complètement; il souffre des entrailles; il a une constipation extrême qu'il ne peut vaincre qu'avec beaucoup de difficulté. Dès lors, il ne pense plus qu'à ses souffrances; il se figure qu'il est poursuivi par des ennemis qui introduisent dans ses aliments des astringents qui lui resserrent le rectum et empêchent toute évacuation.

Ce tableau correspond exactement à celui que nous avons tracé de l'homme qui, sous l'influence de lésions viscérales, devient d'abord hypochondriaque, puis halluciné, enfin persécuté, et qui attribue ses souffrances aux influences nuisibles exercées par des ennemis cachés.

M. Louis V..., atteint de délire partiel, était-il assez dominé par ce délire pour régler par là sa conduite, pour donner une personnification déterminée à ses prétendus ennemis et pour user de représailles à leur égard?

C'est là un point essentiel à rechercher; c'est, à vrai dire, le nœud du procès; si, en effet, il était démontré que, dans la systématisation de son délire, M. Louis V... considérait ses plus proches parents, ses héritiers naturels, comme les auteurs des maux dont il souffrait, que par suite, il les poursuivait de sa haine, et cherchait à se venger d'eux, on pourrait facilement admettre que la donation à la ville de Beaune a été faite sous l'empire de ces convictions délirantes et qu'elle est une conséquence directe du trouble intellectuel dont M. Louis V... était atteint.

Est-ce ainsi que les choses se sont passées? Les de-

mandeurs le disent, mais ils se bornent à une simple assertion, ou du moins les arguments qu'ils invoquent à l'appui ne sont, à notre avis, rien moins que démonstratifs.

Il faudrait, en effet, qu'ils pussent établir que M. Louis V... avait, par suite de son délire, été amené à considérer ses héritiers présomptifs comme ses persécuteurs et que son seul but, en faisant une donation à la ville de Beaune, avait été de se venger d'eux en les privant de sa fortune.

Mais, ce qui ressort des renseignements qui nous ont été fournis sur M. Louis V..., c'est que son délire de persécutions, bien que réel, n'a jamais pris un grand développement, et n'a jamais modifié profondément sa nature, ni ses sentiments. M. Louis V... est resté modeste et bienveillant; il n'a jamais manifesté aucune trace d'idées ambitieuses. Il est resté inoffensif et n'a jamais commis d'acte nuisible pour autrui, ni en particulier, pour aucun de ceux qui le fréquentaient.

Le jugement déclare que M. Louis V..., possesseur d'une fortune évaluée à plus de 900,000 francs, a constamment géré ses biens lui-même d'une manière raisonnable; qu'il parlait sensément de ses affaires et de tout ce qui ne se rapportait pas à ses idées fixes.

D'après les demandeurs, c'est en 1870 que les hallucinations se seraient produites et c'est, en effet, dans le cours de cette même année qu'il a fait un séjour de vingt-neuf jours à l'hôpital de Beaune, où il était traité comme un pensionnaire libre, et nullement interné comme un aliéné, ce qui aurait été impraticable et illégal dans cet établissement. Mais à la suite de ce traitement, son état s'améliora d'une manière très notable et présenta une rémission plus ou moins longue.

Même, lorsque sous l'influence de ses souffrances viscérales, de la constipation pour ainsi dire invincible

dont il était atteint, des voix qu'il entendait, il était le plus disposé à se plaindre des prétendus ennemis qui le persécutaient, et qui l'empêchaient de se nourrir, ou lui faisaient prendre des aliments nuisibles, il ne semble pas qu'il ait jamais poussé assez loin la systématisation de son délire pour découvrir ces ennemis imaginaires, leur donner un nom, dénoncer leurs agissements à son égard, ni à plus forte raison vouloir se venger d'eux.

Il les cherchait sans doute, mais il ne les trouvait pas. Parmi les faits cités par les demandeurs un seul aurait à ce point de vue une signification de quelque valeur. Le voici textuellement reproduit. Un jour, un des domestiques de M. Louis V..., lui déclarant qu'il ne connaissait pas les ennemis dont il se plaignait, M. Louis V... répliqua. « Que m'avez-vous répondu, il y a quelque temps, quand je vous ai demandé qui avait cassé mon cordon de sonnette?... » — « J'ai répondu, c'est M. Paul en me sonnant. » — « Ah ! vous avouez donc que vous les connaissez. »

Et c'est dans un fait aussi vague, et unique, car s'il avait été répété, on n'aurait pas manqué de le signaler, que l'on voudrait trouver la preuve d'une systématisation du délire assez complète pour entraîner les conséquences qu'on lui attribue. Mais les persécutés qui ont fini par fixer leurs doutes, et par s'assurer qu'un tel est leur ennemi, est l'auteur de leurs maux, sont loin d'être aussi sobres, aussi réservés dans la manifestation de leur conviction et dans l'expression de leurs plaintes. Ils dénonceront hautement le coupable, de vive voix et surtout par écrit ; et il ne paraît pas que l'on ait trouvé une ligne de M. V... qui portât l'expression de son délire et de sa haine contre aucun membre de sa famille, soit M. Paul, soit tout autre.

A M. Paul même, alors qu'il était déjà malade, il avait manifesté sa tendresse en lui faisant cadeau d'un

domaine rural ayant une valeur d'une trentaine de mille francs. Cette terre, il est vrai, fut promptement vendue par celui auquel elle avait été offerte, ce qui explique très bien le mécontentement relatif que M. V... pouvait avoir conçu à l'égard de son neveu, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer le délire des persécutions ni une haine maladive.

D'ailleurs, tant que M. Louis V... a vécu, sa seule héritière était sa sœur, M^{me} B..., et aucun fait n'a été cité qui soit de nature à faire supposer qu'il la rangeât au nombre de ses ennemis, ni qu'il voulût, à cause de cela, la priver des droits éventuels qu'elle avait à sa fortune. Loin de là, il lui est arrivé de la prendre pour confidente de ses souffrances et des persécutions dont il croyait être l'objet. On a, en outre, une preuve évidente du désir qu'il avait de lui donner les témoignages les plus certains de sa tendresse et de son attachement. En effet, à l'époque même où il faisait à la ville de Beaune la donation du 5 août 1881, M. V... disposait, par un acte analogue, d'un autre de ses domaines situé à Volnay, et valant environ soixante-dix mille francs. Or, à qui faisait-il cet important cadeau? Précisément à sa sœur, à M^{me} B..., mère des demandeurs. Bien loin de la considérer comme une persécutrice et de vouloir la dépouiller après sa mort, il lui donnait, de son vivant, une part de sa fortune dont on ne saurait méconnaître l'importance.

Une nouvelle preuve de l'absence de tout sentiment d'hostilité maladive contre ses héritiers naturels ressort de ce fait que M. Louis V... est mort sans faire de testament. Lorsque des aliénés persécutés sont amenés par l'intensité de leur délire à classer leurs héritiers au nombre de leurs ennemis, et à vouloir se venger d'eux par la privation de leur fortune, ils le font, en général, en rédigeant un testament qui reste secret jusqu'à leur

mort. Dans cet acte, ils ont soin de dépouiller leur famille d'une manière complète ; l'exhérédation est absolue, et elle traduit fidèlement les sentiments du testateur qui, entièrement dominé par son délire, n'admet ni partage ni atténuation dans les représailles posthumes qu'il veut exercer.

Dans le cas actuel, les choses se sont passées tout autrement. Après s'être dépossédé, de son vivant et en pleine connaissance de cause, d'immeubles dont la gestion devenait trop fatigante pour lui, partie en faveur de sa propre famille, partie en faveur de la ville où il est né, et qu'il a toujours aimée, M. Louis V... ne songe plus à rien distraire de sa fortune ; il la laisse suivre l'ordre des successions naturelles, et, lorsque quelques mois après il est poussé, par l'exagération de ses souffrances, à chercher un refuge dans la mort, il ne laisse aucune volonté dernière, il meurt *ab intestat*.

Quelque temps avant cette triste fin, M. Louis V..., consultant un médecin de ses amis, se plaignait surtout de ne plus pouvoir avaler un morceau de viande ; ce qui le faisait le plus souffrir, c'était l'impossibilité absolue d'aller à la garde-robe ; il y avait, disait-il, plus de vingt jours qu'aucune excrétion n'avait eu lieu. Et cependant, dans la même visite, il parlait longuement de choses différentes, sans qu'il se manifestât aucune trace d'aliénation mentale ; il était certainement alors dans un état de raison absolument complet.

Par conséquent, si, à cette époque, avant de quitter la vie de propos délibéré, il avait voulu se venger de torts imaginaires qu'il aurait faussement attribués à ses héritiers, il aurait eu facilement le loisir de les déshériter par un testament ; il n'en a rien fait ; donc il n'a pas pris sa famille en haine ; il ne la rendait pas responsable des tortures, les unes peut-être imaginaires, les autres à coup sûr réelles, qu'il éprouvait, et qui devaient

avoir leur cause dans quelque lésion organique de l'appareil digestif.

L'argument que l'on pourrait tirer d'une mort subite, ne laissant pas à celui qui est enlevé inconsciemment à la vie, le temps de réaliser un désir défavorable à sa famille, ne saurait donc être invoqué ici.

Pour résumer ce qui précède, nous sommes autorisés à dire : Que le délire de persécution dont M. Louis V... était affecté a toujours été limité, circonscrit ; qu'il n'a jamais atteint l'intensité à laquelle il parvient chez les persécutés ambitieux ou chez les aliénés persécuteurs ; que M. V..., en proie à des douleurs intestinales extrêmement vives, les attribuait bien à des ennemis cachés qu'il cherchait à découvrir, sans qu'il soit établi qu'il ait jamais réussi à faire cette découverte ; que loin de considérer ses parents comme ses ennemis et de vouloir les priver de sa fortune, il avait fait à certains d'entre eux, de son vivant et postérieurement au début de sa maladie, cadeau de divers immeubles et que notamment au moment même où il faisait à la ville de Beaune sa donation du 5 août 1881, il donnait un autre domaine à sa sœur, M^{me} B..., et qu'enfin entre la date de ces donations et celle de sa mort, ses bonnes dispositions à l'égard de ses héritiers naturels ne s'étaient pas modifiées, car il mourait *ab intestat*, alors que s'il avait voulu les priver de ce qui devait leur revenir après lui, il aurait pu le faire très facilement par testament.

IV

Il nous reste à étudier en elle-même la donation du 5 août 1881, afin de voir si elle a le caractère d'un acte délirant ou celui d'un acte raisonnable.

Nous venons de voir que cette donation n'a pas été motivée par une haine malade que M. Louis V... aurait conçue contre ses héritiers naturels.

Par contre, elle est très facile à comprendre, quand on suit l'enchaînement d'une série de circonstances qui l'ont précédée et préparée.

Le père de M. Louis V..., bien qu'il eût une famille nombreuse, avait fait à la ville de Beaune un legs de 10,000 fr., exemple dont son fils a très bien pu vouloir s'inspirer.

Lui-même, pour faciliter la fondation d'une œuvre communale, lui avait donné, dans une circonstance déjà ancienne, une somme de 1,000 francs. En 1870, au moment de la guerre, il lui fit, d'un coup, un don de vin, évalué à 10,000 francs, pour contribuer à fournir ce qui était nécessaire à alimenter les troupes de passage.

Mais, déjà plusieurs années avant 1870, il avait laissé percer des intentions plus généreuses encore. Sachant très bien qu'on l'accusait d'être avare, et de ne pas dépenser ses revenus, il expliquait ce fait en disant : « Il faut bien que je fasse des économies et que je les accumule ; elles me seront nécessaires pour venir au secours de mon frère, quand il sera ruiné. Si je ne les emploie pas à cela, j'en ferai don à la ville de Beaune. » Cette idée ne l'avait pas abandonné, car, aux remerciements qui lui étaient adressés à l'occasion du don de vin de 1870, il répondait : « Vous verrez ; ce n'est pas tout ; je me réserve de faire mieux plus tard. » Cette intention conçue et mûrie depuis longtemps, il se trouva à même de la réaliser, lorsque son frère fut mort sans lui avoir imposé des sacrifices d'argent qu'il avait prévus, auxquels il s'était préparé, mais qui ne furent pas nécessaires. Il devait être d'autant plus à son aise pour agir ainsi, même de son vivant, que, grâce à ses revenus accumulés, il pouvait se montrer très généreux pour sa ville, sans faire tort à sa propre famille du patrimoine qu'il avait reçu lui-même de ses parents.

Aussi, lorsqu'il remit personnellement au maire de la ville (2 août 1881) le premier témoignage écrit de sa générosité, il lui déclara « qu'il avait toujours été « dans l'intention de faire un don à la ville de Beaune, « son pays natal, et qu'il ne voulait pas tarder plus « longtemps à mettre son projet à exécution. »

Trois jours après (5 août), au moment de la rédaction de l'acte notarié qui consacrait sa libéralité, M. Louis V... eut encore soin de faire ajouter au préambule qui disait qu'il agissait, « voulant donner à la ville de « Beaune un témoignage de son affection pour sa ville « natale, » un second membre de phrase ainsi conçu : « et réaliser des intentions qu'il a manifestés dans « maintes circonstances et depuis plusieurs années. » Est-il possible de mieux indiquer que l'acte est arrêté dans son esprit depuis longtemps ; qu'il est dicté par une philanthropie réfléchie et une volonté bien libre ; qu'il ne participe en rien aux entraînements d'un esprit malade, inspiré par des sentiments de haine délirante contre ses héritiers naturels ?

Du reste, s'il pouvait rester quelques doutes à cet égard, ne seraient-ils pas dissipés par les conditions matérielles dans lesquelles l'acte a été passé, et qui sont trop significatives pour qu'il soit nécessaire de beaucoup insister sur ce point ; aussi nous contenterons-nous de les rappeler brièvement :

Le 2 août, M. Louis V... fait, de sa main et en quelques lignes, une donation sous seing privé, et la remet personnellement au maire de la ville pour que celui-ci puisse entamer la procédure administrative qui doit précéder la consécration officielle et définitive de ses libéralités.

Le 4 août, le conseil municipal de la ville est convoqué pour recevoir communication de cette donation. Les membres présents, au nombre de dix-huit, sont una-

nimes à exprimer leur vive gratitude à M. V... et à accepter sa donation.

Le 5 août, dès le lendemain, M. V... va chez le notaire pour la rédaction de l'acte formel de donation, et il se fait accompagner par deux propriétaires notables de la ville, à titre de témoins certificateurs qui attestent le nom, l'état, la demeure du comparant donateur, et sa capacité civile de contracter ; il y a en plus deux témoins instrumentaires, qui ne sont pas de simples comparses, mais deux officiers ministériels de la ville, un avoué et un commissaire-priseur.

Et l'acte, auquel plus de vingt personnes, toutes éclairées et recommandables, ont déjà pris part, passe ensuite par l'examen de la sous-préfecture et de la préfecture qui se rendent compte de la fortune du donateur, ainsi que de celle de ses héritiers présomptifs. Enfin, entouré de toutes ces lumières, le Préfet autorise le maire à accepter définitivement la donation et, le 5 décembre, cette acceptation est consacrée par un nouvel acte notarié auquel participent encore M. V... lui-même, le notaire, le maire et quatre témoins.

Et cette longue procédure, réellement publique, qui a mis quatre mois à se dérouler, aurait porté sur l'acte délirant d'un fou persécuté, sans qu'aucun de ceux qui ont eu à y prendre part ait soupçonné la vérité ou ait au moins exprimé un doute à cet égard ; sans que l'héritière naturelle, et les demandeurs actuels, qui n'ont pas pu en ignorer, aient songé à se plaindre aux autorités publiques dont l'intervention était nécessaire, ou tout au moins à les prévenir en les priant de regarder de bien près à ce qu'elles allaient approuver ?

Il serait réellement inadmissible, surtout pour ceux qui sont familiers avec l'observation des aliénés, qu'au cours d'une aussi longue procédure, un aliéné persécuté, agissant dans le but de satisfaire une animosité secrète,

ait pu ne jamais se trahir, ne jamais laisser percer les sentiments auquel il obéissait.

A ce point de vue, la complexité même des formalités publiques auxquelles cette donation a dû être soumise, la multiplicité des personnes qui, conformément à la loi, ont dû prendre part à l'accomplissement de ces formalités constituent des garanties, que l'on peut considérer comme décisives, de la santé d'esprit du donateur au moment où il a fait la donation.

V

CONCLUSIONS

Dans le mémoire qui précède nous nous sommes attachés à démontrer les faits suivants :

En principe, les actes commis par les malades affectés du délire de persécution, ne doivent pas être considérés tous, et *de plano*, comme sans valeur ; au contraire, il ne convient d'annuler que ceux qui sont l'expression et le résultat du délire ; par contre ceux qui sont étrangers à ce délire, et qui sont une manifestation de la partie saine de l'entendement, doivent être considérés comme valables et doivent être respectés.

En fait, M. Lonis V... a bien été atteint, dans les dernières années de sa vie, de troubles du système nerveux consistant en douleurs viscérales, préoccupations hypochondriaques ; hallucinations de l'ouïe et idées consécutives de persécution ; mais ces symptômes n'ont jamais été assez intenses pour égarer complètement sa raison, ni pour dominer l'ensemble de sa conduite.

En ce qui concerne les sentiments affectifs de M. V... pour sa famille, ils n'ont jamais été pervertis ; notamment il n'a pas considéré ses héritiers du sang comme les ennemis auteurs de ses souffrances.

Loin de vouloir priver sa famille de son héritage, il

a fait, de son vivant, plusieurs donations à sa sœur et à ses neveux, et en s'abstenant de faire un testament, il leur a laissé intact un patrimoine qui, sans doute, était au moins égal à celui qu'il avait reçu lui-même de ses parents.

La donation entre vifs qu'il a faite à la ville de Beaune, un certain temps avant sa mort, ne peut donc pas être considérée comme la manifestation d'une haine malade contre sa famille, déconlant elle-même de ses idées de persécution.

Au contraire, cette donation, qui n'a pas dépassé le quart ou le cinquième de ses biens, et qui peut être considérée comme prélevée sur l'augmentation qu'il a fait éprouver à sa fortune, par son économie et par l'accumulation d'une partie de ses revenus, s'explique de la manière la plus raisonnable, par des actes de générosité antérieurs, faits à la même ville tant par M. Louis V... lui-même que par son père.

M. V... avait d'ailleurs manifesté depuis bien des années, et à des reprises différentes, l'intention formelle de donner une partie de ses biens à sa ville natale.

La rédaction même de l'acte de donation, et les formalités multiples auxquelles il a dû être soumis en vertu de la législation relative aux donations faites à des administrations publiques, seraient, à elles seules, des garanties très sûres de la santé d'esprit de M. Louis V... au moment où il a accompli l'acte attaqué.

Comme conséquence de cette étude successive des différents points discutables dans l'espèce, des conclusions auxquelles nous sommes arrivés sur chacun de ces points en particulier, nous sommes autorisés à conclure d'une manière générale :

Il n'y a, au point de vue médico-légal, aucun motif qui puisse faire considérer la donation faite le 5 août

1881 à la ville de Beaune par M. Louis V... comme entachée de nullité. Le jugement du tribunal de Beaune, du 20 mars 1884, qui a reconnu la validité de cette donation, doit être confirmé.

Paris, le 31 mars 1885,

Signé: BAILLARGER, L. LUNIER et A. FOVILLE, rapporteur.

NOTE ADDITIONNELLE

Dans une consultation médico-légale ayant pour but de démontrer que la donation faite à la ville de Beaune par Louis V... doit être annulée, M. le Dr Legrand du Saulle cite textuellement une partie du testament par lequel M. Pierre M..., déshéritant sa famille, léguaient toute sa fortune à l'établissement des Quinze-Vingts. Il rappelle que, dans une consultation médico-légale, MM. Orfila, Rayer, Lélut, Baillarger, n'eurent pas de peine à établir que M. Pierre M..., atteint du délire des persécutés, avait agi, en écrivant son testament, sous l'obsession de ses idées malades.

Ce testament fut donc annulé, et la fortune, léguée à l'établissement des Quinze-Vingts, resta aux héritiers naturels.

Après avoir rappelé ces faits, M. Legrand du Saulle ajoute « que le cas de M. Pierre M... présente plus d'une analogie avec celui de M. Louis V... » (page 12).

Les médecins soussignés croient devoir faire remarquer que M. Pierre M... et M. Louis V... étaient tous les deux atteints du délire des persécutés, ce délire existait chez eux à des degrés très différents. On peut s'en assurer en relisant la consultation médico-légale de M. Orfila, Rayer, Lélut et Baillarger, consultation publiée dans les *Annales médico-psychologiques* (tome I, 1855, page 426).

Sans insister sur les différences entre ces deux cas, les médecins soussignés se borneront à en rappeler une

seule, mais qui, au point de vue de la validité de la donation de M. Louis V..., leur paraît essentielle.

M. Pierre M... accusait positivement ses parents de vouloir l'empoisonner, et il ne cachait pas les craintes dont il était sans cesse poursuivi à cet égard.

Comme confirmation de ce fait, on a trouvé dans les papiers de M. Pierre M..., après sa mort, la liste de ses ennemis, écrite de sa main, liste sur laquelle sa famille figurait au premier rang.

On comprend, en effet, que, dans ces conditions, les médecins consultés sur la valeur du testament de M. Pierre M..., n'aient pas eu de peine à établir l'influence que les conceptions délirantes dont il était atteint avaient eue sur la détermination prise par lui de déshériter complètement ses parents. Il est également facile de comprendre les motifs invoqués par le tribunal de la Seine pour annuler le testament.

Le cas dont il s'agit aujourd'hui est tout à fait différent ; il est démontré, en effet, pour les médecins soussignés, que la donation faite par M. Louis V... n'a pas été le résultat de conceptions délirantes se rapportant à sa famille. Telle a été aussi l'opinion du tribunal de Beaune qui a validé cette donation.

Les deux cas de M. Pierre M... et de M. V... offrent donc, comme l'a dit M. Legrand du Saulle, plus d'une analogie ; mais en se plaçant au point de vue du jugement à intervenir, ils présentent, comme on le voit, une différence essentielle.

C'est ce que les médecins soussignés ont cru important de rappeler.

Paris, 31 mars 1885.

Signé : BAILLARGER, L. LUNIER et A. FOVILLE.

NOTA. — La Cour de Dijon a confirmé le jugement rendu par le tribunal de Beaune.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1887.

Présidence de M. MAGNAN.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remerciements de M. le D^r Soutzo, nommé membre associé étranger à la dernière séance.

La Société a reçu :

1^o Le Bulletin bibliographique des Sociétés savantes de France;

2^o Le Bulletin du manicomie de Sienné.

Mort de M. Foville.

M. LE PRÉSIDENT, après avoir rappelé la perte douloureuse que la Société vient de faire dans la personne d'un de ses membres les plus éminents, donne la parole à M. Ritti pour la lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société médico-psychologique, sur la tombe de ce regretté collègue:

M. RITTI donne lecture de son discours (Voir *Annales médico-psychologiques*, numéro de janvier 1888, p. 171.)

Elections du bureau de 1888.

Il est procédé au scrutin pour la nomination d'un vice-président:

MM. JULES FALRET	21 voix.
CHRISTIAN.	2 »
BOUCHEREAU	1 »
BALL.	1 »

M. JULES FALRET, proclamé vice-président, remercie en termes émus, la Société de l'avoir appelé, pour la seconde fois, au fauteuil de la Présidence.

M. RITTI est renommé secrétaire général.

MM. CHARPENTIER et P. GARNIER, secrétaires annuels, et M. AUG. VOISIN, trésorier, sont maintenus au bureau.

Le conseil de famille est composé des membres du bureau, auxquels sont adjoints MM. SEMELAIGNE et MAGNAN.

Le Comité de publication est composé de MM. BALLET, CHRISTIAN et DAGONET.

Rapport de candidature.

M. MARCEL BRIAND. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Foville, Magnan et Briand, d'examiner les titres de M. le D^r Quinemant, qui sollicite de faire partie de notre société en qualité de membre correspondant. J'ai l'honneur de vous présenter le rapport de votre commission.

Né à quelques lieues de l'Océan, dans cette région du littoral qui fournit tant d'hommes à la mer, et sollicité tout à la fois par le goût des lointains voyages d'exploration et par celui des études médicales, M. Quinemant concilia ses aspirations en se faisant recevoir dans un bon rang à l'École de médecine navale de Rochefort.

Plus tard, fatigué par la navigation et se sentant définitivement attiré par la psychologie, il abandonna la marine pour se consacrer désormais à la médecine mentale. C'est dans ces dispositions qu'il frappe à la porte de notre société.

Notre confrère, Messieurs, est depuis longtemps déjà médecin en chef du quartier des aliénés de l'hospice de Niort. Il vous a adressé à l'appui de sa candidature sa thèse inaugurale et divers rapports médico-légaux qu'il a dû fournir dans le cours de sa carrière déjà longue de médecin aliéniste.

Se plaçant surtout au point de vue clinique, M. Quinemant étudie dans sa thèse la pourriture d'hôpital, cette affection hier encore si commune dans les services

de chirurgie, mais aujourd'hui presque disparue, grâce aux traitements antiseptiques inspirés par les belles recherches de Pasteur. En 1855, à l'époque où M. Quinemant endossait la robe de Rabelais (car c'est devant la Faculté de Montpellier qu'il conquérait ses grades universitaires), la pourriture d'hôpital faisait de nombreuses victimes parmi nos blessés de Crimée; l'étude de cette terrible affection devait tenter bien des chercheurs, aussi notre confrère apporta-t-il comme plusieurs autres, de solides matériaux à l'histoire de la redoutable ennemie qui ravageait nos ambulances, et c'est, on peut le dire, sur les champs de bataille qu'il recueillait les éléments de son mémoire. Sans vous retenir par l'analyse d'un sujet un peu en dehors de vos travaux habituels, j'ai hâte de vous dire que l'auteur conclut en insistant sur les bons effets du cantère actuel dans le traitement de la pourriture d'hôpital.

Parmi les rapports médico-légaux qui vous ont été adressés par le candidat, deux nous ont surtout paru mériter mieux qu'une courte analyse et vous remercier, sans aucun doute, avec nous, que l'ordre du jour de notre séance de fin d'année ne nous ait pas permis un plus long développement. Dans l'un des cas, il s'agit d'un ataxique qui, au début de son affection, s'était trouvé inculpé d'actes délictueux; le *tabes* était invoqué par la défense comme devant entraîner l'irresponsabilité du prévenu. Tel n'était pas l'avis de M. Quinemant, choisi comme expert en cette affaire; aussi, après un aperçu général sur l'ataxie locomotrice et une description minutieuse du cas qui lui était soumis, conclut-il que le système nerveux périphérique étant seul atteint, les centres supérieurs restant intacts, l'individu demeurerait responsable.

L'autre fait est relatif à un buveur incendiaire. Il y avait là un problème à résoudre; problème qui, comme vous le savez, offre toujours une certaine difficulté. L'accusé était-il un dipsomane, comme certains le prétendaient, ou bien appartenait-il à la catégorie des ivrognes ordinaires? — Après une intéressante discussion sur les caractères différentiels de la dipsomanie et de l'ivrognerie, M. Quinemant conclut ainsi : « La passion de boire ne présentant chez X... aucun caractère mala-

dif, mais semblant plutôt être le résultat d'un vice ancien qu'il satisfait ayant son libre arbitre, nous pensons qu'il est responsable, puisqu'il connaît les excès auxquels le porte l'ivresse et que néanmoins il ne fait aucun effort pour éviter les occasions de boire, tandis qu'il les recherche au contraire. »

Cet exposé vous suffirait pour recevoir parmi nous notre confrère de Niort.

J'ajouterai que dès son arrivée dans le service qui lui est aujourd'hui confié, M. Quinemant a entrepris de grandes et heureuses réformes, toutes à l'avantage de ses malades. L'honneur qu'il sollicite lui sera un titre de plus pour continuer avec autorité les améliorations qu'il poursuit.

Votre commission vous propose donc d'accueillir favorablement sa demande et de lui conférer le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

A la suite de la lecture de ce rapport, M. le Dr Quinemant est élu membre correspondant à la majorité des membres présents.

Note sur l'évolution anatomo-pathologique de l'hématome de l'oreille.

M. J. CHRISTIAN lit au nom de M. le Dr Mabilie, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafond, la communication suivante :

Malgré le nombre des travaux publiés, soit en France, soit à l'étranger, sur l'hématome de l'oreille, je ne crois pas trop m'avancer en disant que l'accord est peu fait jusqu'à ce jour sur les principales questions que son étude soulève.

Je voudrais cependant, à l'occasion d'une pièce anatomique que j'ai eu l'honneur de présenter tout dernièrement à la Société de médecine de La Rochelle, résumer en quelques lignes l'évolution anatomo-pathologique que subit, suivant moi, la tumeur sanguine du pavillon de l'oreille.

Comme j'ai essayé de le démontrer en 1878 (mémoire pour le prix Esquirol, couronné par la Société médico-psychologique de Paris), le siège de l'épanchement

sanguin a lien, non entre le périchondre et le cartilage, ainsi que le plus grand nombre des auteurs l'admet (Meckel, Virchow, Foville, Desprès), mais dans le tissu cellulaire sous-cutané.

J'ai eu pour me fixer à cet égard la bonne fortune de posséder des hématomes récents provenant d'aliénés morts d'affections intercurrentes ; il m'a été donné aussi d'étudier des hématomes datant de quinze jours à plusieurs mois ; en sorte qu'il m'a été relativement facile, concernant les lésions initiale, moyenne et terminale, de me renseigner sur le siège précis et l'évolution pathologique de l'affection.

Je crois pouvoir diviser les hématomes de l'oreille en trois classes :

1° Les hématomes dont le sang n'a subi aucune altération ;

2° Les hématomes dont le sang est en voie de régression ;

3° Les hématomes dont le sang a totalement disparu.

I. *Hématomes dont le sang n'a subi aucune altération.* — Ce sont les hématomes depuis la période de début jusqu'au jour où le sang commence à se résorber.

Quand on ouvre une tumeur sanguine de l'oreille appartenant à cette période et qu'on isole les diverses couches qui forment la poche sanguine, on trouve de dehors en dedans :

1° La peau, des vaisseaux, des nerfs, des fibres musculaires, du tissu cellulaire, que nous nommerons *paroi limitante externe*.

2° Du sang.

3° Une *paroi limitante interne*, résistante.

Examen microscopique :

a) *La paroi limitante externe* est constituée en entier par un feutrage de fibres conjonctives ; la partie la plus interne est dure, *épaissie*, à aspect fibreux et parfois, comme dans la pièce que j'ai sous les yeux, on parvient à la décoller en partie. Elle revêt la forme d'une poche *kystique* sur laquelle je reviendrai plus loin. Les éléments qui la constituent appartiennent au tissu fibreux ou fibro-conjonctif et ne doivent en aucune façon être confondus avec le tissu élastique du périchondre.

b) *Le sang.* — Éléments ordinaires du sang.

c) *Paroi limitante interne.* — Elle est formée par le périchondre qui adhère intimement au cartilage; ce périchondre dont la face externe est colorée par le sang épanché, n'a pas subi d'altérations; on n'y voit pas de traces de vaisseaux de *nouvelle formation*, les cellules du fibro-cartilage sont parfaitement saines.

II. *Hématomes dont le sang est en voie de régression.* — Consistance cartilagineuse, bouchures et déformation de l'oreille. A la partie externe, capsule dure, résistante, *limitante*; un contenu jaunâtre à la périphérie et rougeâtre au centre; enfin, un tissu ressemblant au fibro-cartilage.

Examen microscopique. — La capsule est constituée par du tissu fibreux dense. Le contenu est composé à la périphérie par du tissu fibro-cartilagineux dont les cellules à un ou plusieurs noyaux sont très nettes; puis on aperçoit un tissu intermédiaire en voie d'organisation. Ce tissu unit le cartilage et le centre rougeâtre; il est parsemé de taches pigmentaires qui montrent qu'à l'endroit il y a eu épanchement sanguin; il est en voie de transformation; on y voit des coins cartilagineux. Le centre rougeâtre est formé en entier par du sang dont les globules rouges sont encore distincts. On retrouve de nouveau à la partie interne le tissu fibreux intermédiaire, puis le cartilage et enfin le fibro-cartilage de l'oreille.

III. *Hématomes dont le sang a totalement disparu.* — On ne trouve dans ce cas ni épanchement sanguin ni trace d'hémorrhagie soit récente, soit ancienne.

Examen macroscopique. — A cette période l'oreille est complètement déformée, ratatinée; elle est dure, de caractère osso-cartilagineux; quand on la coupe, on aperçoit distinctement une paroi épaisse qui entoure un tissu homogène, compact, d'un blanc nacré.

Examen microscopique. — La paroi épaisse est constituée par du tissu fibro-conjonctif pur. Le contenu homogène n'est autre chose qu'un amas de cellules cartilagineuses, normales, séparées à certains endroits par du tissu fibreux, réticulé: fibro-cartilage.

IV. *Hématomes à répétition.* — Je signalerai aussi une particularité qui doit se produire quelquefois. J'ai pu l'observer à deux reprises. Il s'agit de la production d'hématomes nouveaux dans un hématome ancien.

Voici ce que j'ai pu constater dans l'oreille de F... (obs. ix de mon travail pour le prix Esquirol) :

1° A la partie postérieure la cicatrice d'un hématome ;

2° A la partie interne, on voit la conque déformée, comme s'il y avait eu un hématome résorbé.

De plus on distingue dans cette cicatrice même un point fluctuant qui répond par tous ses caractères aux signes de l'hématome récent.

La dissection démontre, ainsi que l'injection, qu'il y a à la partie postérieure une cicatrice fibro-cartilagineuse (hématome ancien) ; qu'il y a à la partie antérieure tous les signes d'un hématome de trois mois environ, car le tissu est sillonné de toutes parts de plaques cartilagineuses du même âge ; de plus, on constate l'existence d'un tissu fibreux, mou, en voie d'organisation, comme le prouve la multiplicité des vaisseaux.

Cette cicatrice incomplète, tourmentée probablement par le malade, a donné lieu à un nouvel épanchement de sang qui s'est infiltré précisément sur les points où le tissu conjonctif de nouvelle formation n'avait pas encore pris une consistance suffisante ; de là, un hématome nouveau, analogue aux hémorrhagies qui se font parfois dans les fausses membranes en voie d'organisation ; de là aussi l'explication de couches cartilagineuses de nouvelle formation, sur différents points de la poche *enkystante*.

L'observation clinique du malade démontre d'ailleurs qu'à l'époque indiquée par l'examen microscopique, il y a eu un second hématome, greffé sur un hématome ancien.

J'ai tenu à signaler le fait, car il se pourrait que la théorie qui fait provenir l'hématome d'hémorrhagies situées entre le péri-chondre et le cartilage, reposât sur des cas analogues.

Si l'hémorrhagie récente que j'ai mentionnée plus haut était réellement sous-péri-chondrique et non faite dans un tissu de cicatrice en voie de formation, nous aurions trouvé le péri-chondre décollé de son cartilage.

Au lieu de cela, nous constatons sur certains points de l'enveloppe limitante de véritables plaques de cartilage qui, si elles étaient jeunes et ne remontaient qu'au

moment de la dernière hémorrhagie, auraient une toute autre constitution.

(Cette pièce ainsi que celles qui indiquent les deux stades de l'évolution, deuxième et troisième état, sont actuellement au laboratoire de la Faculté de médecine de Nancy, laboratoire de M. le professeur Feltz qui, en 1877, a contrôlé toutes nos recherches et leur a fourni son haut appui scientifique.)

Depuis la publication de nos recherches, M. Vallon a publié dans le journal l'*Encéphale*, une note sur l'étiologie de l'hématome (*Encéphale* 1881, p. 225).

M. Vallon a en aussi à sa disposition un hématome datant de vingt à vingt-cinq jours, et la pièce anatomique a été l'objet d'un examen très approfondi par M. Chambard.

Si les conclusions de MM. Vallon et Chambard semblent différer en certains points de celles que nous avons formulées, elles s'en rapprochent au moins quant au siège de l'épanchement sanguin.

Ces auteurs pensent que dans le cas qu'ils ont examiné, le sang provient des vaisseaux *de la couche superficielle* du périchondre; mais, s'empressent-ils d'ajouter, en tous cas l'épanchement ne siège pas entre le périchondre et le cartilage.

Il est primitivement pour eux un *épanchement intrapérichondrique*, puis *sous-cutané*, et ne saurait être constitué par la paroi épaisse décrite par certains auteurs comme provenant du décollement du fibro-cartilage.

Nous rappellerons, quoi qu'il en soit, que la dissection des artérioles après injection des vaisseaux, nous a conduit parfois dans le foyer hémorrhagique et que l'examen des gros vaisseaux de l'oreille nous a souvent démontré chez les aliénés atteints d'hématome une altération athéromateuse.

De plus, le fibro-cartilage de l'oreille, fibro-cartilage proprement dit ou réticulé, n'a de vaisseaux que tout à fait à la périphérie, dans ce que MM. Vallon et Chambard appellent la paroi du fibro-cartilage.

Ceci bien établi, comment pourrait-on admettre que le périchondre pût être décollé du cartilage avec lequel il se confond par un épanchement sanguin?

D'où viendrait dans ce cas le sang épanché, puisque

quelques rares vaisseaux seulement existent à la périphérie du fibro-cartilage de l'oreille?

Il faudrait admettre une altération primitive du cartilage avec néo-formations particulières. Or, cette altération n'a jamais été rencontrée ni par les auteurs ni par nous-même. Nous rappellerons d'ailleurs qu'on ne trouve pas dans les cas qui nous sont propres de vaisseaux de nouvelle formation dans le fibro-cartilage. C'est donc bien dans le tissu qui recouvre immédiatement le péri-chondre et le fibro-cartilage que l'hémorragie se produit, que le sang provienne de la rupture des vaisseaux superficiels de la couche externe du péri-chondre, comme le veulent MM. Vallon et Chambard, ou, comme nos préparations tendent à le démontrer, des vaisseaux qui se trouvent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'hémorragie est dans tous les cas sous-cutanée; elle ne saurait être intra-péri-chondrique.

Dans ces conditions, il devra se produire ce qu'on observe dans les kystes hydatiques du foie par exemple.

Dans ces cas une membrane fibreuse de nouvelle formation prend naissance.

Il en est de même dans l'hématome de l'oreille.

Aussitôt qu'une certaine quantité de sang, trop grande pour être résorbée facilement, se trouve épanchée, un travail cellulaire se produit, un nouveau tissu prend naissance. Ce tissu prend la forme fibro-conjonctive, comme dans l'*acéphalocyste*, comme dans l'hydro-néphrose, comme dans les blessures par projectiles retenues dans les plaies.

C'est cette paroi fibreuse que nous avons décrite sous le nom de paroi limitante externe, qui emprisonne le sang; elle n'est que l'épaississement du tissu cellulaire de l'oreille. Elle devient de plus en plus sensible, apparente et dure au toucher à mesure que la tumeur diminue; c'est elle qui paraît enfin expliquer, en raison de son épaisseur, comment le sang en se résorbant ne laisse pas voir sur la plaie les teintes décroissantes de l'ecchymose, comme cela a lieu dans les collections sous-cutanées ordinaires.

Mais aussitôt que l'hémorragie a cessé, que le sang prend une consistance plus solide, il traverse les diverses périodes connues de la *régression*.

Toutefois, comme le sang est placé anormalement sur le fibro-cartilage et son périchondre, il joue le rôle de corps étranger et amène par contiguïté de tissus une *prolifération* qui, dans votre cas, doit être cartilagineuse, attendu qu'on est en présence d'un cartilage revêtu de son périchondre. La poche fibreuse à son tour (ou épaissement du tissu cellulaire) devient cartilagineuse, attendu qu'il n'est pas rare de rencontrer au bout de plusieurs mois des îlots cartilagineux dans la paroi limitante externe.

Telle est, croyons-nous, l'évolution anatomo-pathologique de l'othématome, et la pièce que j'ai eu l'honneur d'examiner récemment et de présenter ne peut, croyons-nous, que venir à l'appui de la thèse que nous venons de développer.

M. MOTET, à propos de cette présentation, rappelle les résultats des recherches déjà publiées sur les lésions anatomiques de l'hématome de l'oreille. Il cite, notamment, M. Foville qui, ainsi que lui-même, a reconnu que l'épanchement sanguin se fait non sous la peau, mais entre le cartilage et le périchondre, ce qui explique certaines déformations consécutives du pavillon.

Du délire chronique (suite).

M. SAURY. — Messieurs, au cours du débat que la *Société médico-psychologique* maintient à l'ordre du jour de ses séances, vous avez entendu M. Garnier et M. Briand exposer les raisons les plus probantes en faveur du *délire chronique*.

Il résulte de leurs descriptions, qu'il existe une affection mentale à marche lente et progressive, d'allure systématique, caractérisée par la succession, dans un ordre invariable, de quatre périodes distinctes, et notamment par le passage de la maladie d'une phase de persécution à une étape ambitieuse.

Cette forme spéciale d'aliénation, si bien mise en lumière par notre excellent maître M. Magnan, ne saurait être en effet méconnue. Des critiques se sont exercées sur elle à propos de certains détails, personne n'a pu la nier ou la combattre dans ses grandes lignes.

A vrai dire, et malgré les réserves formulées (réserves, à mon avis, plus apparentes que réelles), peut-

être ne serait-on pas éloigné de s'entendre. Il suffirait, je crois, pour accorder les dissidences, d'envisager tous la question du même point de vue.

Du moins, faut-il reconnaître que dans l'argumentation des contradicteurs, la plupart des exemples cités ne se rapportent nullement au sujet en discussion. Il s'agit, presque toujours, de mégalomanes persécutés, à évolution irrégulière, et procédant *par cela même* d'une espèce morbide différente du délire chronique. Non seulement ces cas n'infirmes point la doctrine contestée, ils servent au contraire à la mieux établir.

Je néglige volontiers d'autres séries d'objections, n'ayant pas l'intention d'en apprécier la valeur dans ce court énoncé. Permettez-moi simplement de compléter et d'appuyer ces réflexions préliminaires, par l'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre.

OBSERVATION. — *Dégénérescence intellectuelle; pas de stigmates physiques. — Syndromes épisodiques: obsessions et impulsions; craintes diverses (rage, ténia, syphilis, etc.). — Délire polymorphe et mobile: idées hypochondriaques, de persécution, mystiques et ambitieuses. — Illusions et hallucinations multiples. — Troubles de la sensibilité générale.*

M. Edmond T..., âgé de quarante-deux ans, percepteur des contributions, entre à la maison de santé de Suresnes le 19 juin 1887. C'est un homme de taille moyenne, paraissant bien constitué, et qui ne présente en effet, après examen, aucune déformation physique appréciable; force musculaire normale; organes des sens intacts, cependant les pupilles offrent parfois une légère inégalité.

Nous relevons les particularités suivantes, dans les antécédents héréditaires et personnels du malade: son père, d'un naturel bizarre, meurt à soixante-sept ans d'accidents arthritiques; une attaque d'apoplexie emporte la mère, à l'âge de soixante ans. Fait curieux à signaler: sur les douze frères ou sœurs de cette dernière, la paralysie en a frappé onze plus ou moins profondément; la douzième fut atteinte d'aliénation mentale. — M. T... est fils unique; les renseignements qui le concernent, sans peser sur lui trop lourdement, déconvent

une tare nerveuse congénitale. On le trouve, dès l'enfance, avec un caractère impressionnable à l'extrême, le moindre incident le touche et suffit pour le désorienter; à côté d'une intelligence très ordinaire, il montre quelques aptitudes, notamment pour le calcul, mais il en tire des prétentions exagérées peu en rapport avec ses moyens; versatile dans ses goûts, ses projets flottent dans l'indécision et manquent de consistance; d'humeur vive et changeante, aussi disposé à la colère qu'à la sensiblerie, il se livre à des emportements irréfléchis qu'il ne tarde pas à regretter; il a toujours souffert de névralgies rebelles.

À un moment de son entrée, le malade est calme et tranquille; son attitude, quoique vaguement inquiète, exprime la bienveillance; la retenue qu'il met d'abord à nous répondre disparaît bientôt, et c'est avec le plus complet abandon qu'il finit par nous raconter l'histoire de « ses malheurs ».

M. T... serait en butte, depuis longtemps, aux tracasseries de l'Administration; sa disgrâce remonte à plusieurs années; il se dit mal noté à cause de ses opinions politiques; une cabale s'est formée contre lui afin de le desservir auprès de ses chefs et de nuire à son avancement. — Tel est, à cet égard, le résumé de ses plaintes. Mais ce n'est pas tout, et il nous confie, en grand secret, que sa femme le déshonore et le trompe (impossible d'en douter: ses ennemis le narguaient et le regardaient en riant); pour se venger, il aurait eu dernièrement recours à des maîtresses; il doit même nous avouer qu'il redoute d'avoir contracté la syphilis ou d'autres maladies vénériennes; enfin, ce qu'il appréhende plus encore, c'est la rage, que le simple contact de ses chiens lui aurait communiquée, et dont il ressentirait déjà les fâcheuses atteintes.

Dans ce mélange assez confus d'idées de persécution et de craintes obsédantes, l'on ne rencontre aucune trace, récente ou éloignée, d'hallucinations proprement dites; à peine quelques illusions fugaces de la vue et des troubles de la sensibilité générale. L'accusation elle-même renferme toute la précision voulue; elle est suffisamment circonstanciée, comprenant jusqu'aux noms des coupables. J'ajoute que le malade, au courant de

ses explications, s'anime et devient loquace; la face se congestionne; la parole s'embarrasse passagèrement, mais sans cachet spécial; en outre, certains côtés du récit prennent une tournure puérile ou prétentieuse: M. T... parle de sa personne avec emphase et se donne volontiers pour un homme supérieur. Cependant, si nous constatons des lacunes dans le fonctionnement intellectuel et moral, nous pouvons nous assurer qu'elles sont partielles et ne rappellent à aucun degré la démence paralytique. D'ailleurs, la marche de l'affection permettra de lever tous les doutes au sujet du diagnostic.

Depuis six mois environ que nous observons M. T..., nous avons vu l'obsession et l'impulsion, avec leurs caractères d'automatisme et d'irrésistibilité, leur forme paroxystique et angoissante, dominer constamment la scène morbide.

D'autres phénomènes, que nous remarquerons également en saillie, ne sont pas moins expressifs dans leur manière d'être; ils constituent un délire polymorphe et mobile, dont les changements brusques représentent une valeur symptomatique bien digne de figurer en regard du fonds instinctif. En un mot, les diverses manifestations de cet état mental sont frappées au coin de la dégénérescence.

Parmi les préoccupations multiples qui assaillent ensemble ou séparément, l'esprit de M. T..., il faut citer avant tout, la crainte de la rage. Cette idée donne lieu à des crises d'agitation s'accompagnant d'une angoisse inexprimable: le malade ne peut rester en place; il gémit et pleure, demande avec instance à être conduit chez M. Pasteur. — Il n'est pas de protestation capable de le rassurer.

Voici comment il décrit lui-même sa pénible situation, dans une note qu'il nous communique: « Faim dévorante (à peine sorti de table, je voudrais recommencer mon repas), sensation de spasmes à la gorge, contraction continuelle de la mâchoire, salive abondante ressemblant à de l'eau, troubles de la vision, atonie de la voix, faiblesse générale. Je lacère mon mouchoir avec les dents, pour satisfaire mon envie de mordre. La raison m'oblige à vous prier de ne pas me laisser sortir; du reste, aucune puissance au monde ne me ferait quitter

ma chambre, car je ne veux pas causer de malheur ! »

Un autre jour, pendant un accès de même genre, M. T..., que nous voulons aborder dans le jardin, nous supplie de nous éloigner au plus vite, et aussitôt il se cramponne à un arbre, pour s'empêcher, disait-il, de se jeter sur nous et de nous mordre. — Le cachet impulsif conscient ne saurait être mieux marqué.

En dehors de ces paroxysmes, l'obsession le poursuit encore ; quand M. T... nous demande des nouvelles de sa femme et de sa fille, c'est pour se lamenter sur leur sort : elles sont mortes assurément, car les allures d'Athos et de Mars (ce sont les noms de ses deux chiens) faisaient penser à la rage. « Ce malheur est-il arrivé ? ajoute-t-il en pleurant. Hélas ! à quoi bon m'en prévenir ; je suis moi-même condamné, puisque je ne puis vous convaincre de la réalité de mes souffrances ! »

Plus tard, l'expression de la crainte se transforme. Le malade subit des impressions désagréables du côté des organes génitaux. Il passe tout son temps à examiner sa verge, à palper ses testicules. Il croit avoir la syphilis, et cette appréhension, qu'il ne peut chasser malgré nos assurances, le tiendra en alerte durant plusieurs jours.

Puis, c'est un *tænia* qui ronge ses intestins. Nous ne saurions rencontrer M. T..., sans qu'il nous entretienne des ravages de son hôte imaginaire. « Je vous dis que c'est le *tænia* ! » répond-il à nos objections, « je le sens ramper dans mon ventre ! » Il pratique des recherches interminables pour découvrir la trace du ver ; il fouille dans ses excréments, et non content de les pétrir dans le vase, il en retient parfois jusque dans ses poches, pour en toujours garder un échantillon sous la main.

Dans l'état que nous venons de décrire, l'opération délirante, quoique appréciable, ne joue effectivement qu'un rôle secondaire. Réduite à quelques conceptions hypochondriaques greffées sur des troubles assez vifs de la sensibilité générale, elle cède le pas à l'obsession automatique.

En poursuivant l'observation, nous verrons au contraire la réciproque se produire : le délire, d'abord effacé, s'accuse de plus en plus et donne finalement naissance

à de véritables idées de persécution systématisées avec illusions et hallucinations multiples.

Rien de plus varié que ces manifestations, au milieu desquelles cependant l'élément anxieux conserve la première place, sous forme d'accès plus ou moins fréquents, plus ou moins prolongés !

Tantôt le malade n'exprime que des craintes vagues sur sa santé délabrée : les forces l'abandonnent ; il éprouve d'énormes difficultés pour marcher, pour avaler, pour respirer ; il n'a pas le moindre souffle ; son cœur ne bat plus ; son cerveau se vide et perd la mémoire des physionomies, etc.

Tantôt, découvrant près de lui la cause de ses tourments, il porte sans hésiter l'accusation sur son entourage. C'est ici qu'on l'a désorganisé, par suite des bains qu'on lui a fait prendre. On l'intoxique, on l'empoisonne ; son linge est saupoudré de substances nuisibles que l'on jette aussi dans l'eau, dans le vin, dans tous les aliments qui lui sont offerts. Aujourd'hui, c'est la fumée de tabac que l'on met en œuvre : M. T... parcourt sa chambre, dans un état d'anxiété extrême, réclamant à grand bruit l'ouverture des fenêtres ; l'air qu'il aspire est corrompu ; malgré le mouchoir qui lui garantit le nez et la bouche, la nicotine le pénètre de son odeur « empestée et malfaisante. »

Nous voulons évidemment nous débarrasser de lui, et certes les moyens ne manquent pas ! Comment éviterait-il le triste sort qui le menace ? Une simple poignée de mains peut l'imprégner mortellement ! On a beau s'essuyer après le contact, il en reste toujours quelque chose.

« Ma vie est en danger ! » répète-t-il aux nombreux amis dont il implore le concours à distance. « Adieu, ma Gabrielle, écrit-il encore à sa femme, ton Edmond va mourir ! » Dans cette conviction, il rédige ses dernières volontés, « pour que son corps soit transporté dans le tombeau de sa famille, et repose auprès de ses bons parents ». Récemment, nous pouvions voir M. T... parader, chaque matin, au salon, en grand costume noir, vraie tenue de cérémonie dont la recherche inusitée contrastait avec la mise habituelle du malade. Pure coquetterie d'un condamné auquel la couleur

sombre paraissait de circonstance, et qui, si près de la mort « voulait jouir de ses meilleurs vêtements! »

D'autres fois, la persécution, tout en restant aussi vivace, s'organise d'une façon moins directe. M. T... renouvelle, en l'amplifiant, l'exposé déjà entrepris de ses griefs contre sa femme infidèle, dont il ne parle plus qu'avec des réticences et des sous-entendus outrageants. Des troubles sensoriels alimentant son délire, il eroit pouvoir maintenant invoquer le flagrant délit : il a vu et entendu!

Bientôt, de sinistres détails se déroulent devant son imagination inquiète. Actuellement, le malade nous acense d'avoir tué sa femme et sa fille. Tous les soirs, il aperçoit, exposés sur une table, les cadavres coupés en morceaux de nos deux victimes. Tous les soirs, la voix de Dieu lui révèle le nom de l'assassin.

On reste, l'événement le laisse en général assez calme ; il l'envisage alors d'un œil presque indifférent : « Sa femme, dit-il, a ce qu'elle mérite; quant à sa fille, elle est au ciel et tout est bien qui finit bien! »

Mais par occasion, cette pensée l'agite au point qu'il nous accable d'injures et de menaces : « Coquin! misérable! » s'écrie-t-il dans ses invectives, « regardez vos mains couvertes de sang; je proclamerai partout votre crime! » Et passant du rôle de persécuté à celui de persécuteur, il sollicite contre nous une punition exemplaire. Ses démarches sont nombreuses et pressantes. Il s'adresse formellement au Procureur de la République, pour lui signaler la double disparition en nous désignant comme le coupable. Surtout que l'on agisse immédiatement, et que la justice ait son heure! La répression ne peut se faire attendre : il nous a déjà vu, en rêve, à la Cour d'assises, sous le coup de la condamnation.

Ne cherchez pas à le détromper, sa croyance est trop intime. Un jour, il écrivait à l'un de ses correspondants : « Avec la lettre, que l'on m'a remise, de M. le Receveur des Finances, devait se trouver un *extrait des actes de décès* de ma femme et de ma fille. On prétend ne pas l'avoir reçu. Veuillez affirmer par télégramme que vous l'avez envoyé. » — Depuis de longues semaines que cette idée persiste, M. T... a reçu

à plusieurs reprises la visite de sa femme. Il s'est toujours refusé à reconnaître celle-ci. Pourquoi jouer la comédie? « C'est un sosie que vous me présentez! » remarque-t-il d'un air entendu et railleur.

An cours de ce délire, la préoccupation personnelle ne perd aucun de ses droits. L'angoisse soumet fréquemment le malade à une contrainte assez pénible, pour qu'il fasse appel au suicide. Par intervalles, ce sont des pleurs et des cris, des lamentations sans fin. M. T... se désole, se plaint de souffrir le martyre. L'existence pour lui est devenue impossible, aussi demande-t-il à la terminer au plus vite. Il menace de se détruire; il parle de s'étrangler, de se jeter à l'eau. Une fois, en échange d'un objet dont il venait de s'emparer, nous dûmes lui remettre une fiole qu'il supposait emplie de poison; aussitôt le flacon entre les mains, promptement il en avala le contenu, d'un seul trait.

En opposition avec cet état dépressif, nous devons signaler des phases d'expansion, pendant lesquelles tout sentiment de crainte disparaît, momentanément, derrière la satisfaction la plus vive. M. T... énumère avec complaisance les talents dont il est doué, se vante de la grande fortune qu'il aurait héritée de sa famille. On bien encore, il dira les relations qu'il entretient avec « l'Être suprême ». Dieu l'inspire et dirige sa conduite. Alors, ce n'est plus l'homme résigné que nous avons vu endurer sans se plaindre toutes les vexations, ce n'est plus la victime constamment inquiète sur le sort qui l'attend et cherchant dans le suicide un remède à ses souffrances. Son attitude devient hostile, sa parole accusatrice; son geste impérieux prépare un acte violent. Il se proclame le vengeur chargé de régler tous les comptes, assez puissant pour atteindre les coupables. « A chacun selon ses œuvres! »

J'ai déjà fait observer (et je le rappelle avec insistance) que l'un des principaux caractères de ces manifestations reposait sur leurs brusques alternatives. Dans l'espace d'une courte conversation, le malade peut passer sans transition d'un sujet à un autre, transformant sa physionomie, riant ou pleurant, au gré de sa variabilité. C'est ainsi qu'après avoir exprimé des idées pré-tentienses, M. T... gémit sur sa cruelle situation. Les

propos contradictoires ne lui coûtent guère : il s'est donné pour un personnage très riche, d'une vigueur et d'une intelligence extraordinaires ; le voici dans le néant, tout est vague dans sa tête, il se dit perdu à jamais. Il vient de confesser que le suicide est un crime, que Dieu le lui a défendu ; presque aussitôt il appellera la mort à son secours et réclamera les moyens de se débarrasser d'une vie insupportable.

En général cependant, la nature des idées ne présente pas de modifications aussi rapides. La mobilité garde encore une certaine mesure, et des intervalles parfois notables ménagent les transitions.

Aussi bien, qu'elles changent plus ou moins lentement d'aspect, les conceptions délirantes échappent à toute évolution méthodique ; leur apparition est toujours inattendue, en ce sens qu'elle n'obéit à aucune règle précise. Il en résulte que, malgré l'évidence d'une systématisation partielle, le raisonnement n'a pas de suite conséquente.

On chercherait en vain chez ce malade la logique rigoureuse, presque inflexible, du vrai persécuté. Autant ce dernier, une fois son délire organisé et les effets rattachés à des causes, agit conformément à sa conviction ; autant M. T... se montre inconstant dans ses desseins et facile à se contredire. La certitude lui manque ; il semblerait que ses motifs lui paraissent insuffisamment fondés, qu'il récuse le témoignage de ses impressions organiques. Il craint, par exemple, d'être empoisonné à table ; jamais cette appréhension ne lui ferait oublier l'heure des repas ! De même, s'il évoque de sombres tableaux (sa femme compromise, sa fille morte et violée, sa maison au pillage), l'indignité de ses ennemis ne l'empêche pas de leur réserver un sourire bienveillant. Quand il se plaint ou récrimine, ce n'est souvent que du bout des lèvres. Il nous accuse et nous menace, mais il nous rendrait un service à l'occasion. En réalité, ses tendances agressives tiennent plutôt d'un phénomène instinctif que d'une opération réfléchie.

D'autre part, la tournure puérile et sottement vaniteuse de certaines idées, contribue à trahir un fonds de débilité mentale qui n'est pas moins remarquable.

M. T... ignore évidemment le péché de modestie. Très susceptible au sujet de toute contestation, il ne saurait admettre que l'on puisse discuter la haute opinion qu'il a de lui-même. L'admiration publique n'a-t-elle point consacré « les livres et les chansons » dont il se loue d'être l'auteur? C'est un homme à nul autre pareil! Il a plus de science à lui seul que tous les médecins réunis, etc.

Le défaut de jugement se reflète dans les détails les plus divers. Parfois, ce sont des familiarités inconvenantes, des mots blessants ou obscènes, dont l'emploi voulu et affecté détonne singulièrement. — Qu'il me suffise de les signaler, sans les reproduire.

Dans quelques circonstances, M. T... sollicite notre entremise pour en finir avec la vie, mais il demande une mort agréable. Il insiste pour que nous lui donnions du chloroforme, ajoutant pour nous mieux tenter que personne ne se dontera de notre intervention. Comme l'on refuse d'accéder à ses désirs, il annonce qu'il saura se procurer les expédients nécessaires : il a déjà mangé quatre marrons d'Inde! Il peut encore se rendre aveugle, car il connaît « des herbes » dont l'application le privera de l'usage de ses yeux.

Maintenant, il se croit ressuscité, transporté dans les étoiles : sa place est marquée « dans Vénus qu'il a tant admirée! » Il rédige des lettres à l'adresse « du Tout-Puissant créateur de l'Univers » pour réclamer sa protection, « aux âmes de ses parents » pour les prier de joindre « matin et soir » leurs invocations aux siennes. La nuit, des apparitions mystiques le mettent en rapport avec les êtres célestes, qu'il aperçoit sous forme de flammes. Il correspond avec Dieu « par l'adoration perpétuelle » : il n'a qu'à se prosterner pour le voir et l'entendre. Il lui est aussi facile de communiquer avec sa fille « un ange du ciel » ; il a d'elle un portrait qui sert d'intermédiaire dans cet échange de relations ; il porte constamment sur lui cette épreuve photographique ; jamais il ne s'en sépare ; le soir il la dispose sous l'oreiller, avant de s'endormir.

A l'égard de ces phénomènes perceptifs, dont l'activité retentit nettement sur les autres manifestations, il n'est pas inutile de discerner les images fournies par le

rêve de celles qui proviennent des hallucinations, à l'état de veille. En effet, le malade emprunte surtout à l'impression persistante du songe les vives couleurs des tableaux qu'il dépeint (1). Des troubles sensoriels variés existent certainement, en dehors du sommeil, et nous avons pu signaler, tour à tour, la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat, le toucher, présidant à leur formation, mais ils sont le plus souvent élémentaires, et ne prennent qu'une part limitée dans l'interprétation délirante.

Il nous reste à dire, pour compléter l'observation, qu'en parlant de M. T... comme d'un débile intellectuel, nous n'entendons pas le qualifier de dément. Sa faiblesse d'esprit n'est que relative. La mémoire n'a subi aucune atteinte, et dans son ensemble le niveau des facultés se montre suffisant. Il s'agit d'un mal équilibré, plutôt que d'un véritable incomplet.

Faut-il ajouter qu'on ne trouve chez lui aucun signe d'aleoolisme?

Les développements dans lesquels je suis entré, me permettent d'abréger les considérations qui vont suivre. En somme, dans quelle catégorie d'aliénés devons-nous ranger notre malade? Assurément, il ne peut être assimilé aux délirants chroniques, ainsi que nous les comprenons. Les deux états se différencient au triple point de vue de leur marche, de leur durée, de leur terminaison. L'on y reconnaît bien des traits généraux communs, tels que des idées de persécution et des conceptions ambitieuses; mais (distinction importante à établir) dans un cas, les éléments morbides se fixent et se coordonnent, procèdent par étapes successives et s'enchaînent d'une façon rigoureusement déterminée; dans l'autre, au contraire, la véraison change d'expression à courts intervalles, et ses multiples incidents constituent un mélange ondoyant et variable qui ne se prête à aucune disposition régulière. A elle seule, cette formule délirante serait caractéristique. Si nous ajoutons, au passif

(1) M. T... n'a pu nous fournir que de vagues renseignements sur le moment précis où ses hallucinations *nocturnes* apparaissent. Il s'agit probablement de ces troubles sensoriels (décrits par M. Buillarger) qui se produisent durant le passage de la veille au sommeil, et réciproquement.

de M. T..., que son état mental s'accompagne d'obsessions et d'impulsions manifestes, plus ou moins conscientes, nous aurons suffisamment marqué sa place parmi les *dégénérés*.

M. CAMUSET. — C'est avec une appréhension bien naturelle que je prends part à une discussion dans laquelle des aliénistes éminents se trouvent en désaccord. Les uns admettent une forme nosologique spéciale à laquelle ils donnent le nom de *délire chronique*, les autres font des objections nombreuses à la réalité de l'existence de ce *délire chronique*. Je crois pourtant que dans les deux camps les opinions ne sont pas aussi contradictoires qu'on pourrait le penser de prime abord, et c'est ce qui m'a encouragé à demander la parole.

Je viens donc vous prier de me permettre d'exposer en quelques mots la manière dont il me semble qu'on doive comprendre le délire chronique de MM. Magnan et Gèrente, et de faire ressortir certaines analogies d'opinion qu'on retrouve aussi bien dans les arguments des partisans que dans ceux des adversaires de cette grande classe nosologique.

Tout d'abord, l'idée du délire chronique est le résultat d'une large synthèse.

En étudiant les aliénés et en tenant compte non seulement de leur état actuel, mais aussi des phénomènes qu'ils ont présentés depuis l'invasion de leur maladie, en remontant plus haut encore dans le passé et en faisant la part de leur état intellectuel antérieur à la folie, on s'aperçoit que, chez nombre d'entre eux, l'affection mentale présente la même forme fondamentale, rentre dans un même schéma dont voici les conditions :

1° Apparition de l'affection à un âge plus ou moins avancé, les sujets étant jusque-là d'une bonne santé psychique.

2° Début par une période d'inquiétude, d'hypochondrie.

3° Dans la période suivante, il y a un délire partiel mélancolique systématisé. Cette période a une durée essentiellement variable.

4° A un moment donné, les conceptions délirantes, exclusivement mélancoliques jusqu'alors, se compliquent d'idées orgueilleuses. Le mélange, la combinaison des deux espèces de délire, persiste plus ou moins longtemps,

souvent jusqu'à la fin; mais les idées orgueilleuses tendent cependant progressivement à l'emporter, et il peut arriver qu'elles finissent par régner seules.

5° Enfin, la démenée ou mieux la dissociation des idées, appréciable déjà dès l'apparition du délire de grandeur, parfois même dès avant cette apparition, s'accroît de plus en plus.

Il est certain que beaucoup de maladies mentales répondent à cette description schématique. Eh bien, ce sont toutes ces maladies qui constituent les formes différentes du délire chronique, lequel n'est pas une entité simple, mais au contraire une grande classe nosologique renfermant de nombreuses espèces.

Le délire de persécution de Lasègne, avec sa transformation terminale mise en évidence par Foville, est le type du délire chronique, mais il n'est pas tout le délire chronique. C'est parce qu'on a confondu la partie avec le tout, l'espèce avec la classe, qu'on s'est exposé au juste reproche de M. Cotard de vouloir trop restreindre le nombre des psychoses.

C'est encore cette confusion qui fait qu'on a pu se demander s'il y avait utilité à remplacer par une appellation nouvelle une appellation ancienne consacrée par l'usage. En effet, si le délire de persécution était tout le délire chronique, il eût mieux valu ne pas inaugurer un terme nouveau.

À propos de ce terme nouveau, je crois que sans attacher à la question de terminologie une importance exagérée, l'on est obligé de faire remarquer que l'expression délire chronique n'est pas assez significative. On l'a déjà dit ici et l'on a même proposé de la remplacer par une autre. Si on doit la conserver, il faudrait la faire suivre du qualificatif : régulier, et dire : Délire chronique régulier, car ce qui caractérise surtout ce délire, c'est sa transformation progressive suivant un mode invariable.

Je n'ai pas la prétention d'indiquer toutes les variétés du délire chronique, je pense du reste qu'une tentative de ce genre serait prématurée. Je voudrais seulement citer les principales espèces, les mieux connues, celles qui, je l'espère, ne seront pas contestées.

Il y a d'abord le délire de persécution, type Lasègne-

Foville. Je dois noter que la discussion a, jusqu'ici, presque toujours porté sur les persécutés, et même sur une unique catégorie de persécutés, ceux à évolution lente et à démence peu marquée et tardive.

Mais les persécutés, et j'entends les vrais persécutés hallucinés, n'offrent pas tous un tableau clinique identique. Il est probable qu'on les divisera un jour en plusieurs groupes. Il en est dont l'affection a une évolution rapide. Chez eux, les différentes périodes se succèdent dans un temps relativement court, et la nature de la période terminale n'est pas contestable, car une démence, une démence non équivoque, ne tarde pas à s'établir, parfois après quelques années seulement de maladie.

Il y a aussi les délirants chroniques réguliers à forme mystique qui ont avec les précédents, les persécutés, une grande analogie. On les rencontre moins souvent que ces derniers, mais on les observe cependant journellement dans les services.

Il faut les distinguer des mystiques dont le délire reste toujours identique avec lui-même, ne se transforme pas, ou s'il se transforme, le fait d'une façon absolument irrégulière. Ces sortes de mystiques ne sont pas des délirants chroniques, ce sont des dégénérés.

On peut supposer que les idées délirantes mystiques étaient plus fréquentes autrefois qu'elles ne le sont aujourd'hui dans le délire chronique régulier, comme dans toutes les formes vésaniques du reste.

On ne contestera pas ce fait que les circonstances extérieures influent sur la formule des idées délirantes. — Les dégénérés empruntent souvent leurs idées délirantes aux événements du moment qui les ont vivement frappés. Exemple, ceux qui vont s'accuser d'être les auteurs d'un crime retentissant. Leur délire se ressent du milieu dans lequel ils vivent ; c'est indiscutable.

Quant aux persécutés non dégénérés, s'ils sont moins sensibles à l'influence du milieu, ils la subissent cependant dans une certaine limite. Mais il faut s'entendre : un persécuté parisien, par exemple, tourmenté par la physique et les francs-maçons, transporté dans un pays religieux et superstitieux, ne changera pas pour cela la formule de ses idées délirantes. — Mais supposons

un individu habitué dès son enfance à des pratiques religieuses minutieuses et exagérées, vivant au milieu de superstitions, issu de parents élevés comme lui et entourés comme lui; le milieu, l'éducation, l'atavisme, ces trois facteurs réunis, feront que si cet individu devient persécuté, il y a bien des chances pour qu'il attribue la cause de ses tourments au diable plutôt qu'à la police.

J'ai, pendant quelques mois, été chargé du service médical de l'asile d'aliénés de la Lozère. Les montagnards lozériens sont très religieux et ils ont conservé beaucoup des superstitions du moyen âge. Or, je ne crois pas qu'il existait un seul des malades de l'asile, originaires du pays, en en exceptant bien entendu les idiots et les déments absolus, qui fût exempt d'idées délirantes mystiques.

Quoi qu'il en soit du reste, il est inutile de s'ingénier à faire des diagnostics rétrospectifs toujours contestables. L'observation actuelle suffit pour démontrer l'existence du délire chronique régulier à forme mystique. En voici un cas que je trouve dans mes notes et que je voudrais relater en deux mots.

Un homme né en Savoie, âgé de trente-trois ans, exerçant la profession de porteur aux halles à Paris, devient aliéné et est traité à Ville-Evrard où on définit ainsi son état : « Lypémanie avec hallucinations de l'ouïe et de la vue. Se croit crucifié, en expiation de ses fautes, — mélange d'idées de persécution et d'idées mystiques. »

Après quelque temps de séjour à Ville-Evrard, ce malade est transféré, en 1880, dans un asile de province, à Cadillac. — Là, son délire se transforme progressivement, les idées dépressives mystiques font place à un délire expansif, mais toujours mystique. Il vit dans la familiarité des saints et du grand Dieu. Il les entend et les voit. Sa personnalité est toujours la même. Il est né en Savoie, il était porteur aux halles à Paris, mais il a un oncle évêque et il est d'une sainteté hors ligne. Il considère ses camarades avec dédain, ne se lie pas avec eux, leur parle même rarement. Il lui arrive de rester à genoux, immobile des heures entières, il converse avec ses saints. Il se soumet à des jeûnes fréquents, il va à la chapelle, mais il n'a qu'une estime très mo-

dérée pour les prêtres qui sont au-dessous de lui et pour les sacrements qui, dit-il, lui sont inutiles. — Bref, c'est un mégalomane mystique aujourd'hui; il y a quelques années, c'était un mélancolique persécuté mystique. J'ajouterai que ses facultés mentales vont en décroissant d'une façon évidente.

Il y a d'autres délirants chroniques réguliers qui, après avoir eu des idées de persécution vulgaires pendant la période mélancolique, deviennent des mystiques orgueilleux pendant la période mégalomane.

C'est à cette catégorie qu'appartient M. X..., qui a d'abord été traité, il y a bien des années, dans une maison de santé de Paris et qui maintenant, et depuis longtemps, est à Clermont. — A Paris, d'après le certificat du savant aliéniste qui lui a donné ses soins, ce malade était tourmenté par des fluides et des agents divers, il avait des hallucinations de l'âme et des troubles de la sensibilité générale, et aussi quelques conceptions d'ordre mystique. Quand il était exaspéré par ses souffrances, il entraînait dans des accès de fureur qui le rendaient réellement dangereux. — Aujourd'hui, tout est bien changé. M. X... est doux, tranquille, très poli, mais toujours halluciné. Il passe son temps à écrire son *œuvre* pour la gloire de Dieu et pour la délivrance de l'humanité. — C'est un travail dont lui seul est capable parce qu'il est le *choisi*. Les mots qu'il écrit lui sont suscités par Dieu et il les entend pour ainsi dire réellement.

Il résulte du travail de ce malade, qui écrit ainsi sous la dictée de ses hallucinations, des pages qui ne sont qu'un amas d'incohérences et dont il prend un soin extrême.

En dehors de son délire, M. X... est presque normal; chez lui, la démence n'évolue que très lentement.

A côté des malades précédents, je citerai ces délirants chroniques réguliers qui, d'abord persécutés ordinaires, conservent plus ou moins de leurs idées dépressives et, sans changer de personnalité, deviennent cependant mégalomanes, par ce fait qu'ils acquièrent la conviction d'être les adeptes d'une science quelconque, qu'ils dénomment souvent d'une façon bizarre. Ils se complaisent dans la conscience de leur savoir nouveau

et ils acceptent philosophiquement leur situation pénible.

J'ai dans mon service un de ces malades. — Il est depuis très longtemps dans les asiles. Après avoir été persécuté par les uns et par les autres, après avoir été longtemps empoisonné et avoir beaucoup voyagé pour échapper à tous ses maux, il a fini par se convaincre qu'il possédait la clé du spiritisme. Ça lui suffit pour s'expliquer tout ce qui lui arrive et pour le décider à en prendre son parti. Ses voix elles-mêmes ne l'inquiètent plus, il vit maintenant tranquille, dédaigneux et inactif.

Je suis le premier à reconnaître que ces derniers malades ressemblent beaucoup aux persécutés ordinaires à délire ambitieux, tels qu'ils sont décrits dans les auteurs. Cependant, je vois dans la très remarquable monographie du délire de persécution de M. Ritti, dans le Dictionnaire de Dechambre, que les idées ambitieuses des persécutés peuvent rouler sur trois points, les richesses, la puissance, la transformation en un ou plusieurs personnages de marque. — Or, l'aliéné que je viens de citer n'était ni riche ni puissant, il n'avait pas non plus échangé sa modeste personnalité contre une autre plus marquante. Il avait seulement acquis une science imaginaire qui ne lui servait de rien, mais qui l'avait rendu philosophe au point qu'il était devenu indifférent à ses tourments et à ses misères habituels. — Ce n'est donc pas un persécuté ordinaire.

Si j'insiste un peu sur ce sujet, c'est que certains délirants chroniques réguliers de cette catégorie arrivent, dans la période expansive de leur délire, à des conceptions tellement étranges et tellement imprévues que les médecins qui les observent, surtout s'ils ne connaissent pas leurs antécédents, portent à leur égard des diagnostics absolument incorrects. — Une observation de ce genre m'a beaucoup frappé, je l'ai publiée dans un journal de province, je vous demande la permission de la résumer brièvement :

N... est entré à l'asile de Cadillac, où il est encore, en 1855, à l'âge de vingt-sept ans. Il n'aurait pas d'antécédents héréditaires, il ne présente aucun signe de dégénérescence physique. Avant de devenir malade, il

était bien équilibré, intelligent, actif. Il avait une certaine instruction et parlait plusieurs langues.—Employé de commerce, il alla au Mexique où il eut une insolation. A son retour en France, il ne tarda pas à donner des signes d'aliénation mentale, il s'imaginait qu'on lui en voulait et que son frère le frustrait et l'empêchait de réussir. Parfois il devenait agressif et on dut le placer à l'asile.

Après quelques années d'isolement il se calma et il devint indifférent. En revanche, il affichait des prétentions exagérées et se disait apte à remplir tous les emplois possibles. — Seul, il faisait des gestes bizarres et marmottait des phrases incompréhensibles. — Les notes mensuelles du malade portent à cette époque : « Manie chronique partielle, peu intense, monologues parfois, pas d'excitation. »

Rien de particulier jusqu'en 1862. N... à cette époque travaillait dans les bureaux. Un jour il surprit dans un corridor un malade vieux et faible et il lui brisa le crâne avec une barre de fer. Il enleva des fragments de la voûte, ce qui lui permit d'extraire une grande partie du cerveau qu'il se mit incontinent à manger.

Convaincu de son homicide, il ne manifesta aucun trouble et il ne donna aucune raison plausible de l'acte qu'il venait de commettre.

Cet incident ne modifia en rien son état mental et il conserva les mêmes allures qu'auparavant.

Cinq ans après, en 1867, on ne se méfiait plus de lui et les internes le menaient à l'amphithéâtre comme aide. Il saisit, un jour, un cerveau qui reposait sur une table et se mit à le manger gloutonnement.

A partir de ce moment, il ne sortit plus du quartier des dangereux et il ne put plus manger de cerveau, mais on le surprit parfois humant la cervelle de petits oiseaux qu'il avait réussi à prendre dans le préau. Il est bien certain que si on le laissait seul avec un enfant ou un vieillard, avec quelqu'un plus faible que lui enfin, il chercherait à le tuer pour lui manger le cerveau.

Pendant ce long espace de temps, les notes men-

suelles portent : manie instinctive, folie impulsive, etc. Or, N... est un délirant chronique régulier.

En effet, malgré sa dissimulation remarquable, on a pu, avec le temps, découvrir en partie ses idées délirantes. J'ai pour ma part réussi à obtenir de lui quelques confidences et il est devenu facile d'établir l'histoire de sa vie psychique.

Jusqu'à vingt-quatre ans, N... est normal. A cet âge, il devient mélancolique, halluciné, délirant : c'est son frère qui le persécute. On l'isole dans un asile d'aliénés. — Il y reste dans le même état pendant un certain temps, toujours avec le même délire. Puis, progressivement, il change d'attitude, il ne s'emporte plus, les hallucinations semblent être moins désagréables. Il se complait dans des conversations avec des êtres invisibles, il devient fier et ironique. Son délire a changé de forme. — En effet, il a trouvé, avec l'aide de ses hallucinations, un procédé infailible pour être supérieur aux autres hommes et pour réussir en tout. Il s'agit simplement, pour avoir beaucoup d'intelligence, de manger de la cervelle humaine ; pour avoir une bonne vue, de manger des yeux humains. — En même temps, il se fait un langage à part, dont il ne se sert que dans ses conversations avec ses invisibles, et il écrit des choses que lui seul comprend à l'aide de signes spéciaux dont il couvre tous les morceaux de papier qui lui tombent sous la main.

On comprend maintenant les raisons parfaitement logiques qui l'ont poussé à commettre les actes que je viens de relater, actes qui n'ont rien d'instinctif, mais qui sont, au contraire, sagement conçus, et je dirai même, sagement exécutés, vu les idées délirantes de ce malade.

Ce délire actuel est évidemment un délire ambitieux et la maladie a suivi la marche ordinaire du délire chronique.

Il y a enfin des délirants chroniques réguliers qui, dans la période dépressive de leur affection, ne sont pas de véritables persécutés, mais seulement des délirants mélancoliques. — Ils n'extériorisent pas systématiquement les causes de leurs souffrances, ils peuvent avoir quelques idées de persécution fugaces et variables,

mais ils ne présentent qu'un délire mélancolique partiel avec hallucinations diverses.

On ne parle guère de cette forme, elle est cependant assez fréquente.

J'ai connu un malade, envoyé d'un asile de la Seine en province où il arriva avec ce certificat : « Délire mélancolique, hallucinations, se croit perdu, on le domine ; il voit ses parents morts. Tentatives de suicide. Etat ancien. » Cet homme portait à la partie antérieure du cou une grande cicatrice transversale, il s'était coupé, plusieurs années auparavant, la gorge avec un rasoir.

Après quelques années de séjour à l'asile, et sous nos yeux, il se mit à manifester des idées ambitieuses. Quand les médecins avaient fini leur visite, il faisait la sienne à son tour, examinant les malades les uns après les autres et se proclamant grand docteur. — Depuis, son délire orgueilleux est devenu de plus en plus intense. Il est propriétaire de la maison, tout le monde lui doit obéissance. Ce malade vit encore et, depuis plus de huit ans, son délire se maintient tel.

Je ne voudrais pas abuser de votre attention en multipliant les exemples, mais ces sortes de cas ne sont pas rares.

On est porté à ranger parmi les persécutés ordinaires certains délirants partiels qui n'ont que quelques idées de persécution mêlées à d'autres conceptions délirantes. Ce qui différencie le délire de persécution du délire mélancolique partiel, c'est que dans le premier, les malades extériorisent systématiquement les causes de leurs souffrances. Dans le second, ils trouvent en eux-mêmes la raison de leur misère, ils sont indignes, ruinés, leurs enfants sont tués, etc. Mais il est certain que ces derniers mélancoliques s'en prennent parfois et par intervalles à quelqu'un ou à quelque chose qu'ils accusent de les persécuter, de les faire souffrir et de les dominer. — Il n'est pas toujours facile d'affirmer, sans examen prolongé, qu'on a affaire à un mélancolique plutôt qu'à un persécuté.

Ces délires mélancoliques partiels, systématisés, constituent parfois la seconde période, période mélancolique, du délire chronique régulier.

Voilà donc, il me semble, Messieurs, le délire de persécution compris, plusieurs espèces vésaniques différentes commençant par une période prodromique d'inquiétude, d'hypochondrie, comme il faut bien le dire, beaucoup d'autres psychoses, qui se continuent par un délire partiel mélancolique systématisé, lequel, plus tard, cède en partie ou en totalité la place à des idées ambitieuses. La démenée apparaît plus ou moins tôt dans le cours de ce processus pathologique et va progressivement en s'accroissant. Toutes ces espèces constituent la classe des délires chroniques réguliers.

Les délires chroniques réguliers, outre leur transformation évolutive identique, ont encore d'autres caractères communs. Ils surviennent chez des sujets non entachés de dégénérescence intellectuelle, ils ne sont pas curables, ou du moins ils ne le sont qu'excessivement rarement et seulement au début, mais ils peuvent présenter des rémissions plus ou moins marquées. J'ajouterai qu'ils semblent tous dépendre d'un trouble primitif des centres sensitifs.

Les délires chroniques ne surviennent que chez des sujets exempts de dégénérescence intellectuelle marquée. — Je suis obligé de me reporter ici à la brillante discussion de l'année dernière sur les signes de la folie héréditaire.

La Société a été unanime pour reconnaître qu'il existait des espèces morbides et des caractères cliniques qui s'observaient chez certains aliénés et non chez d'autres, mais il y a eu divergence sur l'interprétation étiologique de ces caractères spéciaux. Les malades qui présentent ces signes cliniques spéciaux sont-ils des héréditaires ou sont-ils des dégénérés? M. Magnan a adopté les deux solutions et il a proposé la dénomination d'héréditaires dégénérés pour désigner toute cette grande classe de malades.

Je crois qu'on éviterait des équivoques et qu'on se rapprocherait peut-être plus de la vérité en supprimant le mot héréditaire.

L'hérédité provoque la dégénérescence intellectuelle, elle en est un facteur étiologique puissant, mais non unique et surtout non fatal. — L'hérédité n'imprime leurs caractères spéciaux aux états psychopathiques que

par l'intermédiaire de la dégénérescence. MM. Bonchereau, Christian et Cotard ont soutenu cette thèse d'une façon qui me paraît irréfutable.

Après cette digression nécessaire, je reviens à mon sujet. — Les délirants chroniques peuvent être héréditaires, et ils le sont souvent, ce sont alors des prédisposés, mais ils ne sont pas des dégénérés. Ils n'ont pas, antérieurement à leur psychose, manifesté ces troubles mentaux bien connus, apanages de la dégénérescence intellectuelle, ils n'ont pas non plus été rangés parmi les débiles. Leur affection, du reste, évolue le plus souvent sans présenter à aucun moment des signes de folie des dégénérés.

Ici se présente une objection qui nécessite une explication assez délicate. — On a pu se servir de l'épithète : délire chronique des dégénérés. Le délire chronique étant, par essence, incompatible avec la dégénérescence, que signifie cette épithète?

Messieurs, il arrive que des délirants chroniques, prenons des persécutés, alors que leur affection est bien établie et déjà ancienne, présentent quelques-uns de ces troubles, réunis par M. Magnan sous le nom de syndromes épisodiques de la folie héréditaire. — M. Oullette, dans un travail publié dans *Annales médico-psychologiques*, année 1886 (*Des perversions sexuelles chez les persécutés*), en relate plusieurs observations.

Ces cas n'enlèvent rien à la valeur du caractère général de l'absence de dégénérescence intellectuelle chez les délirants chroniques réguliers. On pourrait les expliquer en disant avec Billod que les délirants anciens deviennent dégénérés par le fait même de l'ancienneté de leur délire, mais on trouverait sans doute cette explication médiocre. Je crois qu'il en est une autre plus satisfaisante et qui n'emprunte rien à des considérations peut-être hypothétiques.

Les signes de dégénérescence sont devenus tellement nombreux qu'on peut, à bon droit, se demander s'il existe des individus assez privilégiés pour être absolument exempts de toute tare de dégénérescence. — En pratique, il faut donc savoir éliminer plus ou moins des données très exactes, mais aussi trop minutieuses, que nous possédons sur les signes de dégénérescence et

ne considérer comme réellement atteints de dégénérescence que les sujets qui en portent des stigmates psychiques manifestes et persistants.

Ce sont ceux-ci, dégénérés incontestables, qui, quand ils délirent, ce qui leur arrive souvent et sous l'influence de causes légères, présentent ces formes de folie spéciale bien étudiées de nos jours. S'ils sont atteints d'un délire partiel, ce délire n'a pas la marche à transformation régulière du délire chronique, il est irrégulier, protéiforme, les conceptions ambitieuses précèdent les conceptions dépressives, disparaissent, réapparaissent, le tout sans ordre. — Ou bien il se systématise dès le début et reste tel, jusqu'à la fin, sans modification.

Mais entre ces dégénérés incontestables et les sujets normaux, la gradation est insensible. Un délirant chronique n'est donc pas nécessairement exempt d'une façon absolue de toute dégénérescence. Cette dernière, sans être assez puissante pour modifier la marche régulière du délire et pour changer l'ordre de ses transformations successives, pourra cependant l'être assez, dans certains cas, pour se manifester, pendant le cours du processus morbide, soit par quelques-uns des syndromes psychiques qui lui sont propres, soit en modifiant la durée totale de l'affection, soit en modifiant seulement celle d'une de ses périodes.

Je ne voudrais pas sortir de l'observation clinique pure et me risquer à chercher des arguments dans la physiologie et dans la psychologie. Je dois cependant rappeler la communication à la fois si savante et si claire de M. Cotard sur la localisation des troubles originaires des délires. J'y trouve la démonstration de l'existence d'un caractère physiologique commun à tous les délires chroniques réguliers. Le point de départ de ces délires est dans un trouble des centres psycho-sensitifs. Ce sont ces centres qui sont atteints en premier. Chaque sorte de délire chronique peut être l'objet d'une analyse psychologique particulière, mais dans tous ces cas, le trouble initial siègera sur les centres sensitifs : sensoriaux ou céesthésiques.

Quant à la transformation du délire dépressif en délire ambitieux, on l'explique de deux manières et l'on

admet, soit la genèse du délire ambitieux par déduction logique, qu'a si bien étudiée Foville, soit la genèse spontanée.

La déduction logique et les causes accidentelles agissent sans doute avec une grande puissance sur le délire instable et peu profond des débiles et des imbéciles pour le modifier; mais je ne crois pas qu'elles suffisent à elles seules pour transformer la nature des idées d'un délirant chronique. — On s'ingénie souvent à mettre un persécuté sur la voie des idées ambitieuses sans y parvenir. On a beau lui expliquer que s'il a des ennemis qui le tracassent et lui nuisent de toutes façons, c'est parce qu'ils le jaloussent et qu'il leur est supérieur, qu'il est riche, qu'il est un grand personnage, etc... Rien n'y fait, le malade ne vous suit pas. Pour que ce genre de raisonnement ait un résultat efficace, il faut qu'il soit élaboré par le sujet lui-même. — De même pour ces causes étrangères, ces accidents fortuits qui font, dit-on, qu'un persécuté acquiert subitement des idées de grandeur, elles me semblent aussi avoir un rôle secondaire. — D'abord, combien de fois ces mêmes causes n'ont-elles pas agi sur le malade sans rien changer à son délire? Il faut, pour qu'elles aient leur effet, que le malade soit arrivé à un certain moment de son affection, que son cerveau soit mûr pour les idées orgueilleuses. — L'hallucination elle-même qui dit au persécuté qu'il est général et qui le convainc du coup de la réalité de sa haute situation, n'est-elle autre chose que le résultat d'un travail inconscient du cerveau même du persécuté?

En soutenant cette thèse, je suis heureux de pouvoir invoquer l'autorité de M. le professeur Ball qui a écrit à ce sujet, dans ses *Leçons sur les maladies mentales*, les phrases suivantes : On ne mène pas à volonté son esprit dans le chemin de l'absurde. — Il s'agit bien d'une perversion du mécanisme cérébral qui aboutit à une nouvelle lésion fonctionnelle.

Il est à remarquer que la tendance aux idées de grandeur est évidente dans bien des psychoses anciennes. Ainsi les vieux maniaques en démence manifestent souvent des idées orgueilleuses. Souvent aussi, dans la manie intermittente; à mesure que l'affection vieillit, les accès maniaques présentent une prédominance

d'idées ambitieuses qui n'existaient pas auparavant.

Je suis ainsi amené à supposer que l'apparition des idées ambitieuses dans le délire chronique coïncide avec le début d'une modification spéciale permanente du substratum anatomique, modification profonde, moléculaire, inappréciable au microscope, mais qui existe cependant.

Messieurs, en terminant cette lecture, je voudrais, pour faire disparaître toute équivoque, signaler certaines maladies mentales dont on s'est servi pour combattre l'existence du délire chronique régulier, mais qui ne lui appartiennent pas.

D'abord, il faut bien reconnaître qu'il arrive parfois que, sous une influence ignorée, le délire chronique s'arrête dans son évolution, et qu'à partir de ce moment il s'éternise dans une forme immuable jusqu'à la mort du malade, ou jusqu'à ce que les progrès de la démence le fasse disparaître.

Mais n'entre pas dans le délire chronique le délire des négations de M. Cotard, lequel délire débute par de la mélancolie anxieuse et évolue ensuite d'une façon absolument caractéristique. Les sujets n'ont plus rien, ni nom, ni parents, ni personnalité.

Ne sont pas non plus des délirants chroniques les mégalomanes du genre de ceux que M. Dagonet a étudiés. Leurs délire systématisé dès le début persiste indéfiniment, ils sont loin d'avoir toujours des hallucinations. J'ai cru remarquer que souvent ces mégalomanes débutent dans la carrière de l'aliénation mentale par la folie alcoolique. Peut-être parce que l'alcoolisme a amené chez eux un certain degré de démence. On sait que le délire ambitieux d'emblée est fréquent dans la démence.

De même encore les persécutés non hallucinés de M. Falret. Sombres, méfiants, jaloux, dès l'enfance souvent, ces malades arrivent au délire par l'exagération, pour ainsi dire, des défectuosités de leur caractère. Ils sont orgueilleux à un haut degré, mais ils ne sont pas mégalomanes et ils deviennent persécutés.

On pourrait encore citer d'autres espèces.

Il est certain que beaucoup de ces formes d'aliénation mentale appartiennent à la classe des folies des dégé-

nérés. Doit-on les faire toutes entrer dans cette classe, même le délire des négations? — J'ai cru comprendre que c'était l'opinion de M. Garnier.

Je me résume dans cette conclusion : Il existe une classe nosologique, composée d'un grand nombre de psychoses analogues, qui débutent et qui évoluent selon une règle immuable, et qui ne s'observent que chez les sujets non dégénérés et normaux jusqu'au début de leur affection. — C'est cette classe, dont je viens de m'efforcer d'indiquer les principaux caractères, qu'on désigne sous le nom de délire chronique. — Il est logique de l'opposer, au point de vue doctrinal, à la classe des folies des dégénérés, dont elle diffère du tout au tout, cliniquement au moins. — En sorte qu'on peut diviser les *vérsanies* essentielles en deux grandes classes : les folies chroniques régulières ou délires chroniques et les folies irrégulières ou délires des dégénérés.

M. DOUTREBENTE, fait remarquer à M. Saury que l'intéressante observation qu'il a communiquée à la Société n'est pas de celles qui peuvent prêter à la confusion : aucun aliéniste n'aurait pu voir là un cas de délire chronique, surtout en raison de l'absence des hallucinations de l'ouïe.

M. SAURY. — Je ne puis dire si quelqu'un s'y serait trompé, mais ce qu'il m'est permis d'affirmer à M. Dautreberte, c'est qu'on est venu nous présenter, ici même, des observations analogues, en leur donnant l'étiquette « délire des persécutions » et, en les offrant comme des faits en opposition avec la thèse que nous soutenons ; M. Dautreberte ne m'a pas complètement entendu, car j'ai parlé des hallucinations auditives de mon malade.

M. JULES FALRET voudrait qu'après la discussion sur la folie héréditaire et le délire chronique, on mit à l'ordre du jour cette question : « *Des diverses variétés de mélancolie.* »

M. CHARPENTIER est d'avis que la Société doit indiquer quelles sont ses conclusions sur la folie héréditaire et le délire chronique.

M. PAUL GARNIER fait remarquer que la Société n'a pas à formuler un *credo* ; elle ne peut mettre la pathologie mentale en articles de loi.

M. G. BALLET n'est pas davantage partisan de la

proposition de M. Charpentier, mais il pense que la Société pourrait charger l'un de ses membres de résumer chaque question et de lui présenter un rapport général.

M. MAGNAN, après avoir spécifié que la discussion sur le délire chronique n'est pas épuisée et annoncé son intention d'intervenir dans le débat, rappelle qu'il a déjà fait spontanément, pour la folie héréditaire, précisément ce que demande M. Ballet. Après avoir soulevé la question, il a passé en revue toutes les opinions qui s'étaient produites, les a analysées, commentées et résumées dans le discours qui a clos la discussion.

La séance est levée à 6 heures.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1888.

Présidence de MM. MAGNAN et COTARD

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Installation du bureau.

M. MAGNAN. — Messieurs et chers collègues, avant d'inviter mon ami et successeur M. Cotard à venir occuper le fauteuil, je vous demande la permission de vous remercier, encore une fois, de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos débats, et de votre constante bienveillance qui m'a rendu si facile la tâche que vous m'aviez confiée.

L'année 1887 n'a pas été stérile pour nous. Non seulement une question fort importante, le délire chronique, a eu le mérite de nous faire entendre d'éloquents et savants discours, mais de nombreuses communications originales, personnelles, souvent nouvelles, sont venues donner la preuve de la féconde activité de notre Société.

Après la folie des héréditaires, qui, l'année précédente, avait soulevé de si brillantes controverses, le délire chronique a passionné nos débats et a attiré à la tribune un grand nombre d'orateurs. C'est que chacun

a compris qu'il y avait là une question capitale à résoudre. Pour les uns, le délire chronique est une espèce pathologique nettement définie à évolution magistralement systématique, se distinguant aussi bien par ses débuts que par sa marche régulière, invariable, de toutes les autres formes mentales. Pour eux, le délire de persécution, la mégalomanie ne sont que des étapes, des phases successives de la même maladie et dont la valeur sémiologique réside surtout dans le mode d'évolution ; car si le malade est d'abord ambitieux, puis persécuté, il n'est pas délirant chronique, et de fait, l'examen attentif de ces mégalomanes permet de les classer dans un autre groupe, le plus souvent dans la folie héréditaire. D'autres argumentateurs, au contraire, veulent conserver comme espèces distinctes le délire de persécution et la mégalomanie ; pour cette dernière notamment, ils présentent à l'appui de leur opinion des cas dans lesquels un délire ambitieux s'empare de l'esprit dès l'âge de huit ans. Sans doute, c'est là un délire de longue durée, répondent les premiers, mais non un délire chronique à évolution systématique, l'état mental du patient, la marche de la maladie, le pronostic sont tout à fait différents.

Le délire chronique, à ce qu'il paraît, est de bonne marque, ses partisans affirment qu'ils l'ont basé uniquement sur l'examen direct de l'aliéné ; c'est l'analyse attentive d'un grand nombre d'observations qui les a conduits à cette synthèse, sorte de conclusion tirée exclusivement de l'ensemble des faits. Aussi, si après les débats qui certainement vont encore continuer, la conviction n'est pas entrée dans les esprits, il n'y a pas lieu de s'en étonner, nous sommes des cliniciens, et il reste pour chacun de nous une juridiction suprême à laquelle il fera appel : c'est le malade lui-même.

Quoi qu'il en soit, rien n'est plus instructif que ces opinions diverses qui, éclairant la question sous des jours différents, finissent par mettre en lumière les signes essentiels de l'espèce pathologique.

Les communications particulières n'ont pas été moins dignes d'intérêt. Très nombreuses, elles ont porté sur la paralysie générale, l'épilepsie, la folie héréditaire, etc. Notre société a payé aussi son tribut à l'hypnotisme,

et M. Jules Voisin, avec juste raison, cherchant à dégager l'action des médicaments à distance, du merveilleux dont elle semblait devoir s'envelopper, a montré par de nouvelles expériences le rôle de la suggestion. Ainsi envisagé, ce phénomène étrange est devenu un fait clinique bien observé et pas autre chose.

Messieurs, vous vous souvenez tous du magnifique éloge par lequel notre secrétaire général a su faire revivre parmi nous l'image originale de Moreau ; M. Ritti est passé maître dans l'art de peindre ; nous lui devons de douces émotions et je suis certain d'être l'interprète de vos sentiments en lui exprimant ici toute notre reconnaissance.

Notre Société a été, cette année, particulièrement éprouvée. Nous avons perdu d'abord Bigot, ce sympathique collègue regretté de tous, puis Foville dont la vaste érudition savait s'allier aux connaissances cliniques et administratives les plus étendues ; puis encore Dally, ce travailleur infatigable, cet esprit fin, primesautier, toujours en éveil, qui avait abordé avec un égal succès, les questions les plus ardues de psychiatrie et d'anthropologie. Leurs exemples et leur souvenir resteront vivaces dans nos esprits et dans nos cœurs.

Les vides ont été comblés et nous avons souhaité la bienvenue à nos nouveaux collègues, MM. Taule et Chaslin, à M. Camuset devenu membre titulaire ; aux nouveaux correspondants et aux nouveaux membres associés qui, plus nombreux chaque année, témoignent de l'intérêt de nos travaux et de l'estime dont notre Société jouit à l'étranger.

M. COTARD. — Messieurs, personne plus que moi n'est convaincu de la haute dignité de notre science spéciale, de ses brillantes destinées et de l'influence croissante qu'elle exercera, au fur et à mesure de ses progrès, sur les sciences sociales aussi bien que sur la philosophie.

C'est vous dire quel prix j'attache à l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à présider vos travaux, et combien je suis fier d'un pareil témoignage d'estime et de sympathie.

Mon premier devoir est d'adresser à l'honorable président sortant, tous les remerciements qui lui sont dus.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler le zèle que M. Magnan a toujours montré pour tout ce qui touche aux intérêts de notre Société, son talent pour diriger nos travaux et la part importante qu'il y a prise lui-même.

Ardent adepte des doctrines de Morel, M. Magnan a voulu fixer dans une formule dogmatique l'évolution qui s'est produite dans notre science, sous l'impulsion du grand réformateur.

Il ne m'appartient pas de me prononcer sur la valeur de cette tentative hardie. Elle a eu le mérite de provoquer des débats importants et la discussion reste ouverte.

A côté de ces révolutions doctrinales, un événement scientifique d'un autre ordre et non moins considérable, suivant moi, s'est accompli dans ces dernières années au sein de notre Société. La psychologie métaphysique s'est peu à peu et spontanément éliminée de nos discussions.

Cependant, et je le reconnais pleinement, il semble impossible de séparer la connaissance de l'état pathologique de celle de l'état normal. La science de l'homme comprend aussi bien la santé que la maladie, ce serait la mutiler que de n'en considérer qu'un côté restreint, enfin, on ne peut comprendre un état pathologique qu'à la condition de connaître d'abord l'état normal.

Les partisans de la psychologie pourraient ajouter que cette union de la philosophie et de la médecine était le caractère propre de notre Société, sa raison d'être et le but que lui avaient assigné ses fondateurs.

Comment se fait-il donc qu'une tentative aussi légitime ait finalement avorté ? Pourquoi l'union de la philosophie et de la médecine a-t-elle été inféconde ? Pourquoi notre Société est-elle devenue exclusivement une société de médecine mentale ?

Ni le zèle, ni le talent n'ont manqué à nos devanciers, aux psychologues et aux médecins qui avaient réuni leurs efforts pour constituer cette science de l'homme moral qui est encore aujourd'hui l'objet de nos plus hautes aspirations. Je dirai plus : nous avons eu le bonheur de posséder parmi nous un homme d'un mérite tout à fait exceptionnel, chez qui nous admirions le rare assemblage de la plus haute culture philosophique et

médicale avec les plus étonnantes ressources de l'imagination et de la dialectique.

Personne ne semblait plus capable de féconder cette union jusque-là stérile de la psychologie et de la médecine.

Eh bien ! il y a renoncé de bonne heure ; il s'est déclaré lui-même un renégat de la philosophie et s'est confiné dans la clinique.

Prétendrions-nous être plus habiles ou plus heureux que Lasègue et réussir là où il s'est déclaré impuissant ?

Non, Messieurs, il y a entre nos études positives et les conceptions des métaphysiciens, une incompatibilité radicale qui devait fatalement aboutir au divorce accompli aujourd'hui.

Et cependant, je le répète, nous ne pouvons nous résigner à rester exclusivement renfermés dans la pathologie. Nous le voudrions, que nous ne le pourrions pas. A chaque instant et malgré nous, nous faisons des incursions dans la science de l'homme normal, à chaque instant nous inférons de la pathologie à la physiologie ou réciproquement.

Mais, Messieurs, nous ne faisons pas de la psychologie, nous faisons de la physiologie psychique, ce qui n'est pas du tout la même chose. L'objet, la connaissance de l'homme moral, est le même, la méthode est toute différente.

Ce n'est pas en méditant sur ce que la conscience nous révèle des phénomènes circulatoires ou respiratoires qui se passent dans notre organisme, que Harvey et Lavoisier ont fait leurs découvertes. Ce n'est pas davantage en méditant sur ce que la conscience nous apprend du fonctionnement de notre propre cerveau que nous pouvons en découvrir les lois.

Comptons plutôt, Messieurs, sur l'observation objective et, en particulier, sur l'étude des cas pathologiques. C'est à ce titre que notre spécialité offre un si grand intérêt à tous les esprits vraiment philosophiques. Nous sommes appelés à fournir les matériaux les plus importants à cette nouvelle psychologie vraiment positive, qui n'est en somme que la physiologie du cerveau.

Je ne crois pas avoir été trop sévère en disant que

l'influence de la métaphysique sur notre science avait été stérile. J'aurais pu la qualifier de nuisible. La fâcheuse habitude de méditer sur la fonction sans penser à l'organe, nous a détournés longtemps du point de vue physiologique et de l'analyse des fonctions cérébrales ; toute analyse suppose un fractionnement et nous fermions les yeux devant les exemples les plus évidents de ce fractionnement, dans la crainte de porter une atteinte sacrilège à l'unité de l'âme et à d'autres dogmes du même genre.

Félicitons-nous, Messieurs, d'être débarrassés de toutes ces entraves, et laissez-moi vous convier à parcourir le champ indéfini d'explorations et de découvertes qui s'ouvre devant nous.

Il me reste, Messieurs, à vous demander votre bienveillant concours et votre indulgence. La réélection de nos secrétaires annuels et de notre cher et savant secrétaire général, me rendra la tâche plus facile.

En appelant à la vice-présidence mon maître aimé et vénéré, M. Falret, vous m'avez rendu plus sensible encore l'honneur de la présidence. Je serais vraiment confus si je ne voyais un hommage au maître que nous aimons tous, dans l'honneur que vous avez fait à son élève le plus dévoué.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Une lettre de M. Quinemant, de Niort, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

2^o Une lettre de M. Ch. Vallon, médecin en chef de l'asile de Villejuif, sollicitant l'échange de son titre de membre correspondant contre celui de membre titulaire. Une commission est nommée, composée de MM. Ball, Falret et Marcel Briand, rapporteur ;

3^o Une lettre de M. Pottier, sollicitant le titre de membre titulaire. Commission : MM. Falret, Cotard et Chaslin, rapporteur ;

4^o Une lettre de M. G. Lemoine, agrégé de la faculté de Lille, médecin adjoint de l'asile de Baillan, sollicitant le titre de membre correspondant. Commission : MM. Dagonet, Ritti et Charpentier, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le *Compte-rendu du service médical de l'asile d'aliénés de Saint-Yon*, par le D^r Ed. Cortyl, médecin-directeur de l'établissement ;

2° Une *Conférence sur la folie*, par M. le D^r Bianté ;

3° *Procès-verbal de la dernière sorcière brûlée à Genève le 6 avril 1652*, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux archives de Genève, par le D^r Ladame.

M. MAGNAN présente, au nom de M. le D^r E. Rolland, médecin des asiles « John Bost, » de Laforce (Dordogne), un travail intitulé : *De l'épilepsie jacksonienne*. C'est la reproduction d'un mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société, de la mort de deux de ses membres : M. le D^r Hildenbrand, médecin-directeur de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), membre correspondant, et M. le D^r Ramaer, inspecteur général du service des aliénés de la Hollande, membre associé étranger.

La Commission de finances est composée de MM. Mitivié et Guignard.

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1888.

M. RITTI énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle du mois d'avril 1888 :

Prix Aubanel. — 2,400 francs. — Question : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.*

Cinq mémoires ont été envoyés :

Le n° 1, avec l'épigraphe suivante, tirée des *Essais* de Montaigne : « On voit escouler des pères aux enfants non seulement les marques du corps, mais encore une ressemblance d'humeur, de complexion et d'inclinations de l'âme » ;

Le n° 2, avec la devise : « Res, non verba » ;

Le n° 3, avec l'épigraphe : « Pour arriver sûrement à la vérité, il faut faire parler les faits et parler soi-même le moins possible. » ;

Le n° 4, ayant pour devise la phrase suivante de M. Magnan : « Le dipsomane est aliéné avant de boire, l'ivrogne ne devient aliéné que parce qu'il a bu ; »

Et le n° 5, avec l'épigraphe: « Un homme complet doit être citoyen, père et soldat. »

Prix Esquirol. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol. — Deux mémoires manuscrits ont été envoyés :

Le premier a pour sujet : *Considérations cliniques et statistiques sur la paralysie générale chez l'homme*, avec la devise : *Primum observare* ;

Le second est intitulé : *Etude statistique et clinique sur l'hérédité de la folie*, avec la devise : *Scribitur ad probandum*.

Prix Moreau (de Tours). — 200 francs. — Trois thèses et un mémoire manuscrit ont été envoyés :

N° 1. — *De l'état de la mémoire dans les vésanies*, par M. Emile Baret, ancien externe des hôpitaux de Paris ;

N° 2. — *Contribution à l'étude des troubles intellectuels pendant la fièvre typhoïde et de la folie consécutive*, par M. Amaury Heuzé, ancien interne des hôpitaux de Nantes ;

3. — *Essai sur le tabes moteur*, par M. Amédée Taccussel, ancien interne de l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère) ;

N° 4. — *La contagion du meurtre. Etude d'anthropologie criminelle*, par M. Paul Aubry, ancien externe des hôpitaux ;

N° 4. *Du délire rétrograde.* Mémoire manuscrit avec la devise : « Si j'ai pu percer en quelques points ces ténèbres épaisses, j'aurai atteint mon but. » (Alfred Maury).

Nomination des Commissions de prix.

Commission du prix Aubanel : MM. Briand; Charpentier, Falret, Féré et Ségla.

Commission du prix Esquirol : MM. Baillarger, Blanche, Mitivier, Ritti et Rouillard.

Commission du prix Moreau (de Tours) : MM. Ball, Chaslin, Christian, Dubuisson et Paul Moreau (de Tours).

A la suite d'une courte discussion, il est arrêté qu'à l'avenir pourront concourir, pour ce dernier prix, toutes les thèses sur les maladies mentales et nerveuses, publiées dans le courant des deux dernières années, sans

toutefois que cette décision ait un effet rétroactif pour le concours de 1888.

Observation de somnambulisme hystérique avec dédoublement de la personnalité, guéri par la suggestion hypnotique.

M. LADAME (de Genève). — C'est la première fois, Messieurs, que j'ai le privilège d'assister à l'une de vos réunions depuis que vous m'avez honoré du titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique. J'attache le plus grand prix à cette marque de distinction et de sympathie, que vous avez bien voulu me donner, et je suis heureux de saisir cette occasion pour vous en témoigner ma gratitude.

L'observation de somnambulisme hystérique, sur laquelle je désire attirer quelques instants votre attention, est relative à une femme, âgée de vingt-sept ans, M^{lle} X...

Au point de vue héréditaire nous remarquons que la mère, qui mourut, à l'âge de trente-huit ans, de phtisie du larynx, était atteinte déjà de somnambulisme et d'attaques de sommeil analogues à celles qu'a présentées notre malade. Le père de M^{lle} X... est mort en 1875, à la suite d'une perforation intestinale, au douzième jour d'une fièvre typhoïde. Je ne possède aucun renseignement sur son caractère et son tempérament. Suivant les dires de sa fille, il jouissait d'une très bonne santé, et n'aurait jamais été alité avant la fièvre à laquelle il a succombé. La sœur de notre malade, âgée de vingt et un ans, a souffert pendant quelques mois de boiterie, probablement de coxalgie d'origine nerveuse. Mais elle est actuellement tout à fait guérie, comme j'ai pu m'en assurer récemment.

Quant aux antécédents personnels de M^{lle} X..., elle m'a raconté elle-même ce qui suit (La plupart de ses affirmations ont du reste été confirmées soit par sa jeune sœur, soit par son fiancé, car M^{lle} X... est fiancée depuis le mois de mars 1887) :

Dans sa première enfance elle éprouva une grande frayeur à la vue d'un incendie. C'est à la suite de cette peur, paraît-il, qu'elle devint somnambule. Elle se souvient très bien que son père et sa mère racontaient sou-

vent le matin qu'ils avaient dû la chercher à la cuisine et dans les corridors de la maison, et la rapporter dans son lit, d'où elle s'échappait parfois à plusieurs reprises pendant la même nuit. Elle ne se souvient pas d'avoir fait des maladies graves pendant son enfance et son adolescence ; mais les accès de somnambulisme n'ont jamais cessé ; ils se renouelaient même assez fréquemment. — Elle apprit l'état de conturière et se plaça à Vienne, en Autriche, en 1886.

Au mois de janvier 1887, étant à Vienne, elle faillit mettre le feu à la maison dans laquelle elle habitait. Elle avait renversé une lampe à pétrole allumée. On put se rendre maître de suite du commencement d'incendie que cet accident avait provoqué, mais M^{lle} X... fut bouleversée par l'émotion qu'elle éprouva. Elle tomba dans un sommeil profond et resta deux jours et deux nuits sans qu'on parvint à l'éveiller. Ce fut sa première attaque de sommeil.

Elle rentra à Genève et dès lors les attaques se répétèrent. Bientôt on s'aperçut que la malade se réveillait parfois dans un état bien différent de son état normal, et avec un caractère qu'on ne lui connaissait pas. C'était une sorte d'état *second*, pour nous servir de l'expression du D^r Azam.

De janvier à octobre 1887, le plus long intervalle pendant lequel M^{lle} X... resta sans avoir d'attaque, fut de quinze jours. En général, les attaques de sommeil et de réveil dans « l'état second » se répétaient coup sur coup pendant quelques jours, puis après un certain intervalle, de plus en plus court, se renouelaient comme nous venons de le dire.

On comprend qu'un état pathologique semblable était intolérable pour la malade et son entourage, d'autant plus que les accès de noctambulisme continuaient comme par le passé, presque toutes les nuits.

Au mois d'octobre 1887, pendant ses époques, la malade traversa une période particulièrement agitée. Son fiancé vint me trouver et me donna les renseignements suivants : « Il y a un mois, me dit-il, en septembre 1887, je me promenais avec elle le matin à neuf heures. M^{lle} X... était dans sa crise ; mais réveillée (c'est-à-dire dans l'état second). Au bout de quelques instants

elle se réveilla tout à fait. Je la regardai fixement, et soudain elle se rendormit. Mais je la réveillai très facilement par quelques frictions sur le front. Depuis ce moment, je l'endors et je l'éveille à volonté, bien que je n'aie pratiqué ce moyen que deux ou trois fois, lorsqu'elle ne voulait pas me dire ce que j'en demandais. »

Le jeune homme découvrit ainsi par hasard le pouvoir qu'il avait d'endormir et de réveiller à volonté sa fiancée. Il s'improvisa magnétiseur. M^{lle} X... m'a affirmé à plusieurs reprises, du reste, qu'elle n'a jamais été magnétisée par personne, ni à Vienne ni à Genève.

Cependant les attaques de sommeil étaient toujours plus fréquentes. Elles apparaissaient à la moindre émotion, à la plus petite contrariété. Quand les accès sont imminents, M^{lle} X... a des battements de cœur, elle veut parler mais ne peut pas dire un mot, et c'est alors que le sommeil la surprend. Lorsque M^{lle} X... s'endort d'elle-même et qu'elle se réveille dans l'état second, son fiancé n'a aucun pouvoir sur elle, c'est en vain qu'il multiplie les passes ; il ne parvient pas à l'éveiller. — Au moment où elle tombe endormie, elle a toujours un frisson. On remarque pendant un certain temps, vingt à vingt-cinq minutes environ, un léger tremblement de tout son corps et un élanement de dents peu prononcé.

À la fin d'octobre, étant encore indisposée, elle eut une assez forte crise, à la suite d'une discussion avec son fiancé, et resta une journée entière dans l'état second. Je la vis alors pour la première fois dans cet état. Ce fut seulement le matin, après la deuxième nuit, qu'elle se réveilla dans son état normal.

Pendant son état second, M^{lle} X... change complètement de caractère. Douce, aimable et un peu molle à l'état normal, elle devient impatiente, méchante, impétueuse, mais active et travailleuse. Elle mange avec un meilleur appétit et digère beaucoup mieux qu'à l'état normal. Elle n'a plus de maux d'estomac. Elle chante, elle joue du piano ; elle prend part à la conversation, riposte hardiment et a des mots qu'elle ne trouverait pas habituellement. Elle ne dit jamais de paroles grossières, mais elle a la main leste. Elle ne supporte pas la contradiction ; elle distribue généreusement des taloches et, un jour, elle disait à son fiancé : « Allons, mon ami, il faut

nous marier de suite pour que je puisse vous faire marcher. » Revenne à l'état normal, elle ne se rappelle absolument rien de ce qu'elle a dit on fait pendant l'état second, et elle n'a jamais voulu croire qu'elle s'est exprimée comme nous venons de le rapporter. Elle a même une fois mordu son fiancé à la main, parce qu'il voulait l'empêcher de sortir. En effet, dans l'état second, elle résiste vigoureusement lorsqu'on essaye de la forcer à faire ce qui ne lui convient pas, et elle déploie alors une grande force musculaire. Elle se raidit et s'impatiente. Il est évident qu'il y a dans cette conduite un certain degré d'automatisme impulsif, comme on l'observe dans tous les cas de somnambulisme.

À point de vue médico-légal est-elle responsable? Si elle venait à commettre un délit ou un crime pendant qu'elle est dans l'état second, devrait-on lui en faire porter la responsabilité? Je ne discuterai pas cette question en ce moment. Je me bornerai à vous dire que le fiancé de M^{lle} X... ne la considère pas comme absolument imputable dans l'état second, bien qu'il la trouve fort désagréable. En tout cas, il ne lui a pas gardé rancune de la morsure qu'elle lui a faite.

Le soir du 28 octobre, la malade sortit de son lit au moment où elle venait de s'endormir, et ne voulut plus y rester de toute la nuit. Elle prenait la lueur du gaz pour un incendie. Le jour précédent, il y avait en réellement du feu à Plainpalais (faubourg de Genève) et, comme d'habitude, cela lui avait causé une vive émotion. Elle avait eu de violentes palpitations en apprenant qu'il y avait un incendie, et elle ne retrouva un peu de tranquillité qu'après avoir été sur le lieu du sinistre.

Peu de jours après, le 2 novembre, pendant la nuit, un nouvel incendie plus considérable éclata à Genève, dans les fabriques de Saint-Jean, au bord du Rhône. M^{lle} X... fut réveillée par les cris « au feu »; elle eut une grande frayeur. Elle se leva et se rendit à Saint-Jean, accompagnée d'une amie, avec laquelle elle partage le logement. Le reste de la nuit, elle fut très agitée et circula sans cesse des chambres à la cuisine et dans les corridors.

Je la traitais depuis quelques jours par des séances

d'électricité statique ; car elle n'avait pas voulu entendre parler d'hypnotisme.

Elle vint donc chez moi le matin du 3 novembre. Elle était dans son état normal, mais pâle et défaite, le regard éteint, signes manifestes de sa mauvaise nuit et de ses émotions. Elle n'offrait du reste aucun autre symptôme morbide, ni les stigmates connus de l'hystérie. Notamment la sensibilité était normale partout. Elle sentait très bien les piqûres d'épingle aux bras, aux mains et aux jambes. Pendant que je la soumettais aux étincelles électriques, je lui affirmai qu'elle les sentait beaucoup moins à gauche qu'à droite, et je lui fis remarquer qu'elle était tout à fait insensible aux étincelles sur le bras et la jambe gauches. Elle se récria au premier abord, mais j'insistai, en répétant de plus en plus catégoriquement mes affirmations. Sa conviction fut bientôt ébranlée, elle finit par ajouter foi à ce que je lui dis et me répondit : « Mais oui, c'est curieux, je ne sens plus rien à gauche. » Au moment où la suggestion fut acceptée, M^{lle} X... eut des frissonnements nerveux dans tous le corps, à trois ou quatre reprises, puis sa tête se pencha, ses yeux se fermèrent, et elle s'endormit en poussant un long soupir. Elle était en résolution musculaire. Je la fis descendre du tabouret ; je la conduisis sur un fauteuil où elle continua à dormir. A ce moment elle était complètement anesthésique. Nulle part elle ne percevait les piqûres d'épingle.

Je la réveillai par suggestion, mais non sans difficulté. Elle paraissait égarée à l'instant du réveil, elle avait peur et demanda anxieusement où elle se trouvait.

Je lui proposai alors derechef le traitement par la suggestion hypnotique. Elle ne voulut point y consentir. Mais je persuadai son fiancé qu'il fallait tenter ce traitement pour la guérir. Il insista auprès d'elle et, à ce propos, ils eurent une légère altercation, au milieu de laquelle elle s'endormit subitement et resta en somnambulisme jusqu'au 5 novembre.

Le 7 elle arrive chez moi avec son fiancé. Elle est de nouveau dans l'état second depuis une attaque de sommeil qui l'avait surprise la veille, au moment où elle jouait aux dames. Toute la nuit elle a été en l'air. Son

fiancé n'a pu la réveiller. Elle ne me reconnaît pas et demande : « Qui est ce monsieur ? » Je fais des tentatives inutiles pour la réveiller. Elle prétend qu'elle ne dort pas et veut s'en aller.

La journée du 7 tout entière se passe dans l'état second. Elle joue aux dames, touche du piano, chante, puis se dispute avec son amie, sa sœur ou son fiancé. Elle mange avec grand appétit et travaille activement. Quand elle est dans son état normal, elle perd toujours au jeu de dames, mais lorsqu'elle est dans l'état second, elle gagne au contraire toujours, me disait son fiancé.

Le lendemain je lui rends visite. Elle est encore dans l'état second. Elle ne me reconnaît pas, et me demande ce que je veux. Je lui dis qu'elle dort et que je viens la réveiller. Elle prétend qu'elle ne dort pas et dit : « Il ne faut pas que ce monsieur revienne. » Son poulx est tranquille, son allure n'offre rien de particulier, et si je ne savais pas qu'elle est dans son état second, je ne pourrais pas deviner qu'elle n'est pas dans son état normal (1). Sa mémoire est entière pour tout ce qui lui est arrivé auparavant dans les états seconds antérieurs comme dans l'état normal. Mais il lui arrive souvent dans l'état second de ne pas reconnaître les personnes de sa connaissance dans l'état prime. Elle me parle du D^r Ladame comme si elle s'adressait à quelqu'un qui lui est étranger et me dit : Je dirai à M. Ladame que vous avez voulu me réveiller quand je ne dormais pas. Et lorsque je lui dis : « Mais c'est moi le D^r Ladame, » elle proteste vivement.

Le 9 novembre, elle se réveille au matin dans son état normal, après une nuit plus calme. Elle ne peut comprendre que ce ne soit pas le 7, car elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé depuis le 6 au soir.

Le 10, séance d'électricité statique. A peine est-elle sur le tabouret qu'elle se met à trembler, elle pâlit, ses yeux se ferment et elle s'endort avant que je lui aie tiré des étincelles. Je suspens l'électrisation et je la réveille

(1) Je lui demande, par exemple, l'heure qu'il est. Elle s'approche de la pendule et me dit : « Il est deux heures cinq. Ah ! je suis en retard, je devrais être à deux heures au magasin. » Sa parole n'est point saignée. Son regard cependant est parfois un peu fixe.

avec quelque difficulté. Elle sort de mon cabinet en disant qu'elle se sent « drôle ». Elle retombe en effet pen après dans l'état second. Dès lors, jusqu'au 18, elle a plusieurs crises. Elle revient chez moi avec son fiancé le 18 au matin. Elle est dans l'état second depuis quelques heures. Je la fais asseoir sur un fantenil et je lui répète avec insistance qu'elle dort. Elle finit par en être persuadée et s'endort en effet. Il m'est alors facile de la réveiller et de la ramener ainsi à l'état normal. Elle consent enfin à tenter l'hypnotisme et nous prenons rendez-vous pour le 21.

Elle arrive le 21 à l'heure convenue, avec son fiancé. Son état est toujours le même. Ses nuits très mauvaises. Je l'hypnotise facilement du premier coup, en lui fermant les yeux avec deux doigts et en lui disant : « Dormez. » Je lui donne alors la suggestion de dormir tranquillement pendant toute la nuit, sans rêves ni cauchemars. Je lui défends de sortir de son lit ; je lui affirme qu'elle aura un très bon réveil et sera reposée. Je lui défends en outre de s'endormir pendant le jour. Elle est en résolution musculaire, anesthésique totale. Pas de contracture des membres par les frotions ou la relaxation des muscles. Je lui commande de se réveiller, mais elle ne bouge pas. Je ne parviens à l'éveiller qu'en écartant ses paupières et en soufflant dans ses yeux. Malgré la suggestion contraire, elle est maussade à son réveil, hébétée, comme sortant d'un profond sommeil et ne sachant où elle est. Elle ne me salue pas en sortant de mon cabinet de consultation.

Elle revient le 23 avec sa sœur et me dit que ça va beaucoup mieux. Elle dort toute la nuit, elle rêve encore souvent, mais elle ne se lève plus. Aussi est-elle reposée. Elle a retrouvé son humeur des bons jours. Nouvelle hypnotisation. Mêmes suggestions que ci-dessus. Mêmes difficultés pour réveiller la malade. Le réveil est meilleur cependant. Elle reprend bien ses sens et me quitte poliment.

Le 2 décembre elle reparait avec son fiancé qui me dit qu'elle va très bien. Elle dort actuellement toute la nuit, ne se lève plus, mais parle encore souvent en dormant. Je l'hypnotise et lui défends de parler pendant le sommeil. Je lui affirme qu'elle n'aura plus de rêves et

qu'elle dormira tranquillement toute la nuit, toutes les nuits. Je la réveille plus facilement. Elle dit qu'elle se sent beaucoup mieux.

Dès ce moment M^{lle} X... n'ent plus aucune attaque de sommeil, et aujourd'hui elle se porte tout à fait bien. Je l'ai revue il y a huit jours, le 23 janvier. Elle m'a dit qu'elle était entièrement guérie, et qu'elle ne s'est jamais si bien portée. Elle travaille actuellement comme couturière dans un grand magasin de Genève, de huit heures du matin à huit heures du soir, tous les jours, sans se fatiguer et sans aucune envie de dormir.

Du délire chronique (suite).

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, après les savants discours de MM. Falret, Dagonet, Cotard, Christian, Ball, mon intervention dans la discussion vous semblera certainement téméraire; et le reproche que l'on nous faisait dans la dernière séance de confondre dans nos arguments les dégénérés avec les délirants chroniques, ce reproche augmenterait mon embarras et me ferait douter de ma jeune expérience, si je ne trouvais à m'abriter derrière une autorité qui puisse rester incontestée. Mais ce doit être assurément des délirants chroniques dont je vous apporte ici l'histoire, car ce n'est pas par moi, mais par MM. Magnan, Garnier, Briand que le diagnostic a été porté. Voilà la raison et l'excuse de ma communication.

Les partisans du délire chronique, dans leurs travaux lus à la Société, font de cette vésanie une maladie spéciale, bien délimitée, bien distincte des folies dégénératives, autant par son évolution que par le terrain sur lequel elle repose. Tout n'est que confusion dans Lasègne, Morel, Foville, Schüle, Krafft-Ebing : tout est simple, clair dans la théorie opposée. Dans le délire chronique, pas ou peu d'hérédité, ce facteur principal de la dégénérescence pour MM. Magnan et Garnier, et en tout cas pas de marques de cette dégénérescence, ni stigmates physiques ni encore stigmates psychiques, puisque, jusqu'à l'âge avancé (trente ans environ) où débute la vésanie, l'état mental reste intact. Or, dans les observations qui vont suivre, nous rencontrons à la fois l'hérédité, la dégénérescence..... et le délire chronique.

OBS. I. — M^{lle} M..., âgée de cinquante-six ans, entre le 27 mars 1887 à la Salpêtrière, service de M. A. Voisin.

Certificat de M. Magnan, 16 mars 1887. — Délire chronique avec hallucinations : troubles de la sensibilité générale, idées de persécution et quelques idées ambitieuses.

Examen de la malade. — Les accidents actuels auraient commencé il y a dix à douze ans. On lui disait des injures dans la rue, des gens qui passaient. Mais c'est surtout depuis deux ans que tout cela s'est accentué, depuis qu'un domestique d'une uaison où elle servait lui a mis dans ses aliments de la « grature d'ongles » qui l'a empoisonnée. Les hallucinations de l'ouïe sont devenues de plus en plus caractéristiques : injures brèves, puis menaces et phrases ; il y a aussi des hallucinations de l'odorat ; on lui envoyait des odeurs d'iris et du site de chloral liquide et en vapeur par une fente du plancher, sur laquelle elle mettait un linge pour intercepter toutes les odeurs. — Elle voyait aussi des luettes, sortes d'étincelles qui passaient par cette fente. Il y avait enfin des troubles de la sensibilité générale, dus au chlore et au magnétisme qui la paralysaient. Toutes ces misères lui étaient faites par son frère, M. Saint-Gilles, M^{me} Krauss, M^{me} Aubrys qui occupait le 5^e étage de sa maison ; les autres locataires prenaient son parti, car elle les entendait dire : « Cette pauvre femme, est-elle assez malheureuse. » On prétendait qu'elle était la maîtresse de M. Saint-Gilles, qu'elle entendait toujours frapper à sa porte, et on l'appelait pour cela Saint-Gilles ; mais elle veut garder son nom et signe M..., dite de Saint-Gilles.

Toutes ces persécutions continuent à l'hôpital, reposant surtout sur des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale : on la magnétise, on l'endort, on lui arrache les cheveux, les poils du pubis, on lui enlève sa respiration. Pour éviter tout cela, elle rembourre ses bas, son corset avec du papier. Depuis un an, sont apparues des idées de grandeur : le but des persécutions est de lui ravir une somme de 500,000 francs qui doit lui revenir. Mais ses titres ont été volés : elle a entendu son frère dire un jour à M^{me} Krauss qu'il voulait tout l'argent pour lui. Aussi, peu de temps avant d'entrer à l'hôpital, elle avait fait trois réclamations près du commissaire de police pour qu'on lui rendît ses titres. Ce qui prédomine c'est l'idée de persécution, il n'y a pas de démente et la malade ne se laisse pas ébranler dans ses convictions.

Les symptômes et l'évolution de la maladie nous semblent ressembler assez à ce qui a été dit du délire chronique. Il nous reste à consulter les antécédents de la malade qui nous fournissent un certain nombre de particularités intéressantes.

Antécédents héréditaires. — Rien du côté de la mère ; le

le père, arthritique, mort d'un cancer de l'estomac, était menuisier, buvait à l'occasion. Il était vif, emporté comme sa mère d'ailleurs, d'un caractère très inégal, ambitieux et paresseux en même temps : « *C'était le même caractère que sa fille.* » Il avait un frère, égoïste, indolent, ambitieux comme lui, et deux sœurs jumelles ; l'une tombait comme en *épilepsie* vers quarante ans et s'est noyée dans une crise ; l'autre, bien portante a eu un fils *original, excentrique*, débauché, ayant d'ailleurs, paraît-il, à peu près le même caractère que notre malade.

Un frère de la malade est bien portant, intelligent ; une sœur est *faible d'esprit* ; une autre, qui nous renseigne a eu des *convulsions de l'enfance*.

Antécédents personnels. — M^{lle} M... n'a parlé qu'à l'âge de sept ans : elle est allée plusieurs années à l'école, mais n'y a jamais appris à lire ; elle était d'ailleurs très paresseuse. Elle jouait presque toujours seule, et « n'avait pas des idées de petite fille, elle jouait comme un garçon », elle n'aimait que les chevaux, les chiens : plus tard elle n'a jamais aimé s'occuper du ménage, mais elle prétendait les travaux d'homme. Réglée un peu tard, vers seize à dix-sept ans, elle était toujours ennuyée de voir revenir ses règles et aurait voulu être comme les hommes. D'un autre côté, au point de vue affectif, elle n'a jamais aimé les hommes et les fuyait ou leur disait des sottises. Comme son père, elle a toujours eu un caractère inégal, violent, colère ; ambitieuse et paresseuse, elle était aussi très jalouse et dans la famille on lui cédait tout ; elle se plaignait cependant continuellement. Une fois en place, quand elle avait gagné un peu d'argent, elle quittait sa place, dépensait ce qu'elle avait et ensuite quand il fallait travailler de nouveau, elle ne cessait de se plaindre. Jamais elle n'est restée plus de quatre mois dans la même place ; même étant jeune, elle *changeait toujours*. Sa sœur prétend qu'elle a toujours eu « un caractère indéchiffrable et qu'elle a toujours eu, mais sans que cela parut, la même maladie qu'aujourd'hui. » Notons enfin au point de vue des idées actuelles que, il y a une vingtaine d'années, sa mère ayant voulu racheter son frère du service, elle lui fit à ce propos des scènes violentes, prétendant qu'on donnait tout aux autres, rien à elle, qu'on était injuste, etc., et que, il y a encore quatre ou cinq ans, elle écrivit à ce propos à sa mère une lettre d'injures.

OBS. II. — M^{lle} D..., âgée de quarante-sept ans, entre le 6 janvier 1887 à la Salpêtrière, service de M. Falret.

M. Garnier avait constaté le 28 octobre 1886 que cette malade était atteinte de *délire chronique* avec prédominance d'idées de persécution : hallucinations de l'ouïe, de l'odorat et de la sensibilité générale, etc... Deux certificats de M. Magnan,

en date du 29 octobre 1886 et du 12 novembre, constatent également le *délire chronique* avec hallucinations et idées de persécution. M. Falret porte à son tour le diagnostic de délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale.

Antécédents héréditaires : père, mort *aliéné*, il prétendait toujours qu'on le volait. Une sœur de la malade était *aliénée*, un frère s'est *suicidé*, un autre frère a toujours aussi l'idée qu'on le vole.

Examen de la malade. — Nous n'avons pas de renseignements sur l'enfance de la malade. Elle aurait toujours été fière, orgueilleuse, d'un caractère inégal, souvent sombre; elle était très originale et s'habillait d'une façon excentrique. Elle se dit très intelligente, prétend qu'elle apprenait bien à l'école; cependant après y être restée presque huit ans, elle sait lire, mais écrit à peine et ne sait que l'addition et un peu la soustraction. Elle nous paraît d'ailleurs d'un niveau mental peu élevé et c'est de l'air le plus satisfait du monde qu'elle nous raconte sans réticences les persécutions dont elle est victime. Elle fait remonter le début de tout cela à une *huitaine d'années* : vers cette époque les règles sont disparues brusquement à la suite d'un accident de voiture. On cancanait sur son compte, on disait qu'elle avait des amants, on était jaloux d'elle, on voulait lui faire perdre sa place. Elle soupçonne la concierge d'avoir fait à cette époque des potins sur son compte avec les voisines. Elle a commencé à avoir dès ce moment des hallucinations nocturnes de la vue très rares et des troubles de la sensibilité générale. Plus tard, *deux ans et demi* environ, apparurent des hallucinations de l'ouïe. D'abord elle n'entendait que des bruits crac... crac, pf... pf...; cela venait de trous qu'on faisait dans le parquet ou le plafond avec des tournevis. Puis elle entendit qu'on disait : « On te fera ton affaire, vieux chameau. » Ils étaient plusieurs individus qui causaient entre eux, s'appelaient chacun d'un nom particulier; il y en avait qui parlaient de sergents de ville; ils disaient : « On convoquera cette *drolèque*, on la mettra en prison, on l'exilera. » Quelquefois une voix prenait sa défense et disait de la laisser tranquille. Ce n'est environ que *depuis quatre ans* que tout ce délire qu'elle renfermait en elle-même est devenu très apparent, sous l'influence de l'intensité des troubles sensoriels. Elle se plaignait aussi d'odeurs qu'on lui envoyait par la cheminée, elle dormait la fenêtre ouverte de crainte d'être asphyxiée pendant son sommeil, d'ailleurs souvent interrompu par les secousses que ses ennemis imprimaient à son lit; elle a fait changer toutes les serrures de l'appartement qu'elle habitait, mais sans succès. Elle crachait à tout instant à cause

des mauvais goûts qu'on lui envoyait et se frottait toujours les yeux parce qu'on lui jetait des poudres qui la brûlaient.

Cet état persiste toujours : elle entend des bruits et des voix qui viennent du plafond et sont produits *par la nuque et le poli* des instruments dont se servent ses ennemis ; on lui envoie des poudres dans les yeux, des odeurs dégoûtantes, de la pourriture dans la bouche ; elle sent des souffles, des secousses dans les bras et le dos, dues à une machine électrique que ses ennemis font manœuvrer sous son lit. Si elle tape du pied à l'endroit d'où cela vient, cela cesse momentanément. Elle a découvert que c'était la *police*, les gardes qui lui en voulaient à cause de la religion, parce qu'elle servait chez un prêtre et qu'ils n'aiment pas cela. Sa conviction résiste à tout raisonnement et dans une de ses dernières sorties, elle a échappé à la surveillance et est allée faire un pèlerinage à Lourdes pour conjurer les mauvaises intentions de ses ennemis, qu'elle a d'ailleurs entendus dans le chemin de fer. Il n'y a pas de trace d'idées de grandeur, ni d'affaiblissement intellectuel. A notre avis, la malade est plutôt une faible d'esprit de naissance. Notons enfin que les sentiments affectifs sont bien peu développés chez elle, car vivant à Paris presque dans le même quartier qu'un de ses frères, elle ne l'avait pas vu depuis trente ans, et c'est indirectement qu'on a découvert son adresse après l'entrée de la malade.

Au point de vue de la conformation physique, il nous semble bon de noter que la tête est petite, en forme de poire, le front étroit et fuyant, le vertex relevé produisant un certain degré d'aérocéphalie.

Légère asymétrie crânio-faciale ; la voûte palatine aussi est asymétrique, la suture médiane un peu portée à droite ; en même temps le côté droit est abaissé, de sorte que les deux moitiés de l'arcade du maxillaire supérieur ne sont pas au même niveau. L'articulation de la mâchoire est défectueuse, il y a un très léger degré de prognathisme inférieur. Il y a enfin des déformations auriculaires très apparentes, telles que lobule sessile, pas d'ourlet en arrière, etc...

OBS. III. — M^{me} S..., née S..., âgée de cinquante et un ans, entrée le 16 décembre 1886 à Salpêtrière, servie de M. Falret.

Un certificat de M. Garnier, en date du 11 décembre 1886, porte : *délire chronique* : hallucinations de l'ouïe, du goût et de la sensibilité générale, idées de persécution systématisées, etc..... — M. Magnan délivre le 12 décembre 1886 un certificat de : *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution. M. Falret diagnostique un délire de persécution chronique avec hallucinations de l'ouïe.

Cette malade raconte qu'elle est sous le coup d'une dette de famille remontant aux guerres de Napoléon I^{er} avec l'Allemagne. On ne s'est adressé directement à elle que vers 1872 : à cette époque sont apparues des idées d'empoisonnement ; plus tard vers 1875, époque où le délire devint apparent, se sont montrées des hallucinations de l'ouïe (bruits, coups, injures), puis de la sensibilité générale (poudres). On faisait des trous dans le mur, on y mettait des verres grossissants pour l'espionner, ou des tubes qui fonctionnaient par l'électricité. Réactions nombreuses, déménagements multiples, injures, violences. Elle prétendait qu'on la volait, l'espionnait ; son mari lui-même était un espion et un assassin ; il y a cinq ans environ, elle commença à éiter parmi les gens à ses trousses les noms Krœmer, Krauss, etc...

Vers cette époque elle disait aussi qu'elle descendait de Napoléon I^{er} et de Marie-Antoinette. Toutes ces idées persistent aujourd'hui très systématisées et la malade est toujours victime d'un complot dirigé contre sa famille par des agents du gouvernement allemand, qui ont commis à son préjudice de nombreux vols, surtout de titres, et qui veulent l'extinction de sa race. — Cette malade est des plus dissimulées, d'ailleurs elle aurait toujours été méfiante et soupçonneuse. Elle est bien conformée ; notons cependant que les oreilles sont mal ourlées et le lobule sessile. Elle n'aurait été réglée que vers dix-huit à vingt ans et, à cette époque, elle aurait eu les pâles couleurs, des attaques de nerfs et des syncopes. Elle a toujours eu la manie de la propreté, un peu comme son père, nous dit-on.

Celui-ci avait l'habitude, quand on le touchait, de se secouer et de s'essuyer ; il ne voulait pas toucher les boutons des portes parce que quelqu'un aurait pu y laisser de la saleté ; il se réservait une chaise spéciale, et si quelqu'un s'y asseyait, il l'essuyait de suite après : jamais il ne voulait manger hors de chez lui. — Il avait un père qui buvait. — La mère de notre malade semble avoir été migraineuse, elle avait souvent des faiblesses : une de ses sœurs « avait une drôle de tête. » — Notre malade avait plusieurs frères et sœurs : l'un a été tué par accident, l'autre a été victime d'un assassinat dont le vol était le mobile, et jeté dans le Rhin ; et notre malade ne manque pas d'interpréter ces deux morts en faveur de son délire ; un autre frère est mort fou dans un asile en Allemagne, une sœur est alcoolique et affaiblie intellectuellement ; une autre sœur a une fille qui a été enfermée plusieurs années dans une maison d'aliénées.

Obs. IV. — M^{me} B..., née R..., âgée de quarante-neuf ans, entre le 13 juillet 1887 à la Salpêtrière, servie de M. Falret.

M. Magnan délivre le 1^{er} octobre 1886 un certificat de : *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution et ambitieuses. Quatre certificats de M. Briand, en date du 23 octobre 1886, 12 mars 1887, 1^{er} juin 1887, 11 juillet 1887, constatent également un *délire chronique*, remontant à plusieurs années, avec hallucinations, prédominance d'idées de persécution et tendances ambitieuses, etc... M. Falret constate de son côté à plusieurs reprises un délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe et *bégaïement* très prononcé, etc...

Je ne dirai que peu de chose de cette malade qui est peut-être, à mon avis du moins, au point de vue des symptômes et de l'évolution de la maladie, le type le plus parfait du délire chronique tel qu'il nous a été décrit ici.

Les premiers symptômes du délire remontent à environ vingt-cinq ans, au début de son mariage. Elle empêchait alors son mari d'aller travailler dans certaines maisons, parce qu'on y disait du mal d'elle. Dès cette époque, ajoute le mari, on aurait pu l'enfermer. Bientôt apparurent des illusions et des hallucinations de l'ouïe; le concierge l'insultait derrière les cloisons : tous ces phénomènes ne firent que se développer et au bout d'une douzaine d'années le délire de persécution battait son plein. Après de nombreux changements de domicile elle vint à Paris, toujours persécutée par les Bobs et les Majors.

En juillet 1886, se manifestent en plus des idées d'empoisonnement et, à côté des hallucinations de l'ouïe, on note des hallucinations du goût, de l'odorat, de la sensibilité générale. Elle se plaint d'odeurs piquantes, de goûts âcres dus à la morphine et à l'arsenic que l'on jette partout ; on lui fait des confusions, etc.

Les tendances ambitieuses signalées en 1886 par M. Briand se sont ensuite développées et, aujourd'hui, la malade prétend s'appeler Louise R... dite Russie, vicomtesse de B... Mais c'est toujours cependant l'idée de persécution qui domine, très systématisée et résistante à tout raisonnement. Il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel ; la malade est toujours dissimulée, très violente. Au point de vue des réactions signalons, en outre de ses démenagements, trois réclamations au commissaire de police contre les assassins de sa maison ; elle a aussi fait écrire au préfet du Gard, au préfet de police de Nîmes, au président de la Chambre, au président de la République et à d'autres adresses encore pour protester contre son internement qui a été provoqué par les jésuites, et si elle sort, comme elle le demande, elle menace « de faire encore mieux ». Signalons aussi qu'elle a presque réussi à imposer son délire à son mari, d'ailleurs faible d'esprit.

Il est d'un autre côté certaines particularités importantes à noter, c'est que, d'après son mari qui la connaît depuis l'âge de dix ans, elle a été susceptible, soupçonneuse, impérieuse, irascible toute sa vie. Etant jeune, elle était très malade et a toujours été soignée pour les nerfs ; elle a eu d'ailleurs la *danse de Saint-Guy* à huit ou neuf ans ; elle a toujours été peureuse et émotive. Nous remarquons enfin que la malade présente de l'*asymétrie faciale* et un *bégaiement* des plus prononcés. D'ailleurs *tous ses frères et ses sœurs, au nombre de six, sont également bégues de naissance*. Le père était bègue aussi, il était vif, emporté, intelligent, mais il aimait à boire. Il avait un père faible d'esprit.

Obs. V. — M^{me} G..., née B..., âgée de quarante-sept ans, entre le 3 août 1886, à la Salpêtrière, service de M. A. Voisin.

Trois certificats de M. Briand, en date des 6 mai 1884, 21 mai 1885, 3 juillet 1886, portent la mention de *délire chronique* avec hallucinations, etc.

Antécédents héréditaires. — *Grand'mère paternelle* morte d'un cancer du pylore ; — *Père* mort de la goutte à cinquante-deux ans ; il était marchand de vin et buvait surtout du vin blanc et de l'absinthe : il était vif, emporté et devenait très violent quand il avait bu. — *Grand'mère maternelle* morte à vingt-huit ans, avait des *coliques* sur lesquelles nous revenons.

Mère morte d'une maladie de cœur à cinquante ans ; aurait eu aussi les mêmes *coliques*. — Un de ses frères est mort d'un cancer de la langue.

Sept enfants : trois fils, tourneurs en cuivre, morts poitrinaires de vingt à vingt-cinq ans ; l'un d'eux avait eu des convulsions de l'enfance. — Un autre frère est aussi mort du pylore à quarante ans. — Une sœur a eu la danse de Saint-Guy. — Une autre sœur (qui nous renseigne) est impressionnable, elle voit le soir passer quelquefois des souris, des ombres, ou sent quelque chose qui vient la tirer, et cela lui fait peur de devenir folle comme sa sœur. Elle se plaint aussi d'avoir les mêmes coliques que sa mère et sa grand'mère. Ces *coliques*, qui reviennent deux ou trois fois par an, consistent en une douleur qui prend dans le ventre, remontant à l'estomac, en même temps les battements dans les tempes et la céphalalgie du vertex, que la malade ressent de temps à autre, s'accroissent, puis il y a perte de connaissance et des vomissements.

Examen de la malade. — Nous ne trouvons rien de particulier dans l'enfance ; les règles seraient apparues assez tard, vers seize ans seulement. Elle a toujours été d'un caractère vif et changeant. Le début de la maladie remonterait à 1880. On la

regardait de travers dans la rue, on lui disait des insultes, voulant la faire passer pour une femme de mauvaise vie; on la menaçait de l'empoisonner avec du vitriol. Il y avait à ses trousses des agents de la fausse police, qui se faisaient passer pour de vrais agents. Son mari s'est mis à la tête du complot avec ses maîtresses. Il lui faisait respirer du poison sous le nez quand elle s'endormait et cela la rendait toute drôle, comme anéantie, toujours somnolente. Plus tard, en 1883, sont intervenues en sa faveur différentes personnes, entre autres un monsieur qu'elle désigne, à qui elle n'a jamais parlé et qui demeurerait en face d'elle. Elle désigne aussi plusieurs autres personnes (illusions de la vue). Elle a connu l'existence de ces messieurs parce qu'elle a entendu chez elle un monsieur dire : « Elle est malheureuse, la pauvre femme, il faut la soigner et la placer. » Ces *messieurs* lui parlent comme les autres, ils la préviennent de prendre garde, la défendent. Ils lui ont dit que son mari l'empoisonnait, qu'elle regarde son vin, sa soupe; et de fait, elle l'a trouvée amère. Ces messieurs la soignent aussi à l'électricité et le traitement est très dur à suivre. Ainsi, elle est restée au début longtemps sur une chaise sans parler, immobile, ne remuant que les doigts 1, 2, 3, *car tout doit aller par trois*. Tout se fait suivant l'ordre donné verbalement par ces messieurs. Dans le traitement, elle a eu un côté du corps paralysé, puis ils lui ont fait une opération dans le ventre à cause d'un boyau noué qui l'empêchait de manger. Les influences néfastes, qui se faisaient moins sentir, sont revenues depuis qu'elle est à la Salpêtrière, par la faute de M. A. Voisin, ce grand criminel qui contrarie le traitement de ces messieurs. Au point de vue des réactions, nous signalerons des réclamations au propriétaire et au commissaire de police devant lequel elle aurait mené son mari. Nous ne constatons pas d'idées de grandeur. Cette malade est très convaincue de ce qu'elle dit, elle se défend d'être folle et hallucinée et réclame sa sortie. Elle n'est pas dissimulée; elle est très émotive; elle pleure par instants, puis raconte presque gaiement ses idées de persécution. Il n'y a pas de démence; mais elle nous paraît plutôt, comme l'a constaté d'ailleurs M. Legrand du Saulle (18 mars 1884), d'un niveau mental peu élevé : légère *asymétrie* cranio faciale et palatine.

Obs. VI. — M^{me} G... née C., âgée de trente-neuf ans, entre le 28 novembre 1886 à la Salpêtrière, servie de M. A. Voisin.

M. Garnier avait constaté, le 22 juillet 1884, de l'excitation maniaque avec idées de persécution, hallucinations de l'ouïe, de l'odorat, de la sensibilité générale. On l'insulte, on lui jette des poudres malfaisantes pour l'empoisonner. Paroxysmes d'agitation avec actes violents. — M. Magnan, plus affirmatif,

délivre le 23 juillet 1885 un certificat de *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et idées de persécution : on l'injurie, le curé de Malakoff l'influence et lui donne des douleurs ; plaintes, réclamations, violences, plaie contuse du front.

Antécédents héréditaires. — Père, très nerveux, original, buvait un peu, mort dans une maison de santé à Orléans, il était devenu paralysé. — Mère, toujours exaltée, a été enfermée comme hallucinée à l'asile de Bonneval. — Deux frères de la malade sont exaltés, pas aliénés, mais « drôles » ; leurs enfants aussi sont « drôles ». Ils ont de la tendance à boire tous les deux.

Examen de la malade. — *Tic facial* dans l'enfance, persistant encore aujourd'hui. De quinze à vingt ans attaques de nerfs consistant en pleurs, demi-syncope, « tortillements », puis violences. — Les règles sont apparues tard, mais on ne peut préciser l'époque. Elle a toujours été « drôle », coquette exaltée, parfois communicative, mais en général méfiante. Dès l'âge de vingt ans, elle s'imaginait que tout le monde voulait lui faire du mal ; elle aimait à s'isoler, parfois sortait brusquement pendant une heure ou deux et rentrait toujours en colère. Elle avait aussi certaines habitudes qu'il est important de signaler. Quand elle sortait de chez elle, au lieu de tourner à droite, par exemple, pour aller directement à son but, elle tournait à gauche, remontait quelques pas, traversait la haussée et, arrivée sur le trottoir opposé, tournait alors à droite pour reprendre la bonne direction. Elle avait la manie de tout ranger à l'exécès ; si l'on touchait à quelque chose, elle criait et allait le remettre en place. Quand on lui donnait de l'argent, elle s'essuyait les mains après ; de même elle se secouait quand on la touchait. Très souvent aussi elle prenait des voitures, y restait un quart d'heure et descendait avant d'être arrivée à destination.

Elle n'était pas peureuse ; cependant elle n'aurait jamais tiré un seau d'eau de son puits, parce qu'elle avait peur que la corde ne l'entraîne. Comme elle avait toujours été méfiante et soupçonneuse, le début du délire est très difficile à établir ; toujours est-il qu'il devint des plus apparents, il y a six ans : elle dit alors qu'on causait dans son puits, que lorsqu'on venait chez elle, c'était pour elle, qu'on lui voulait du mal, qu'on voulait détourner son mari de son ménage ; on l'insultait dans la rue : « vache, putain, salope ». Mais elle ne savait pas qui. On voulait la violer, on lui jetait dans les jambes des poudres qui la rendaient boiteuse. Elle ne voulait manger que ce qu'elle faisait elle-même et parlait de faire analyser ses aliments.

Il y a trois ans et demi environ, elle commença à désigner surtout un M. M..., ami de son mari, puis deux médecins, le

D^r B... et le D^r G..., qui lui ayant donné ses soins à cette époque au sujet d'une hémorrhagie utérine, fut accusé par elle de l'avoir fait avorter. Sous l'influence de ces idées la maladie réagit de différentes façons et à la suite de plaintes, de réclamations, d'actes de violence, elle fut séquestrée.

Elle est arrivée de Sainte-Anne avec un moreau de beefsteack qu'elle trouve bleuâtre et qui est plein d'acide sulfurique; d'ailleurs il y en a aussi dans le pain. Aujourd'hui, ce sont encore les idées de persécution et d'empoisonnement qui dominent mais plus systématisées, s'exprimant par un vocabulaire spécial et s'accompagnant des hallucinations des divers sens, surtout de l'ouïe. On *la passe au poison*; on lui passe du chloroforme sous le nez, elle refuse souvent les aliments qui sont empoisonnés par une décoction d'acide sulfurique. On lui jette des poudres dans les jambes, on met du verre pilé dans le chocolat. Les persécutions sont dirigées par le euré de Malakoff qui lui en veut, parce qu'elle est mariée civilement, et le D^r G... qui lui dit: « Tu vas crever, tu vas crever. » On lui dit aussi: « tu fais la vache ». Faire la vache, c'est *dégobiller les choses*. D'un autre côté, elle est *maintenue par la médecine*, probablement le D^r B..., ce qui fait qu'on ne s'aperçoit pas qu'elle est empoisonnée. *Depuis trois mois* environ, d'autres idées sont apparues, la malade s'imagine qu'elle a un procès d'argent à soutenir, et elle parle à ce propos du président de la préfecture qui pourra la protéger. D'ailleurs elle a beaucoup de rapports avec le chef de l'Etat de Prusse qui lui a ouvert, nous n'avons jamais pu savoir quoi. Cette malade est, en effet, assez dissimulée; elle est une *personne du secret*, ce qui veut dire qu'elle s'entretient secrètement avec différentes personnes qu'elle ne veut pas nommer. D'ailleurs elle prétend que toutes ces affaires ne nous regardent pas, et que si elle réclame, ce sera au tribunal de commerce ou à la police correctionnelle. Elle est loquace, injurieuse, grossière, et réclame continuellement sa sortie, c'est pour cela qu'elle *dégobille* toujours. Signalons aussi que dans l'interrogatoire assez difficile à cause des réticences de la malade, et de son état d'exaltation, le délire bien que très systématisé, paraît un peu heurté, plutôt à notre avis à cause de l'état d'excitation que d'un affaiblissement intellectuel qui ne nous paraît pas exister. Notons en terminant que souvent la malade répète plusieurs fois de suite le même geste, les mêmes paroles parfois ordurières, que d'ailleurs elle est *bègue*. Elle a aussi un tie facial très accentué, et de l'asymétrie faciale, et le lobule de l'oreille sessile. Au point de vue sonatique, nous signalerons qu'elle a assez souvent des pertes abondantes qu'elle attribue à l'électricité par laquelle le D^r G... agit sur elle.

Obs. VII. — M^{lle} M..., âgée de quarante-quatre ans, entrée le 12 juillet 1886 à la Salpêtrière, servie de M. Falret.

Antécédents héréditaires. — Père, mort à trente ans probablement tuberculeux, débauché, buveur et brutal (sa mère et une sœur étaient asthmatiques). Mère, rhumatisante, nerveuse, emportée, brutale, jalouse, sujette à des syncopes; fanatique de religion: avait une sœur également nerveuse.

Six enfants: deux sont morts jeunes du carreau; un autre est mort à dix ans et demi d'une méningite; une fille aînée institutrice est soignée comme tuberculeuse, une autre (la plus jeune) est intelligente, mais colère et emportée.

Notre malade: antécédents personnels. — Née à Metz le 18 juillet 1843. Pas de renseignements précis sur la grossesse, l'accouchement, ni sur la première enfance de notre malade. Elle nous dit qu'à cinq ans, à la mort de son père, elle fut mise en pension, où elle resta jusqu'à treize ans. Elle était, assure-t-elle, d'un caractère assez doux, mais elle ne pouvait rien apprendre et c'était surtout la mémoire qui lui manquait. On l'a retirée de pension parce qu'elle n'y faisait rien. Dès cette époque, ses camarades, à ce qu'elle prétend, la tournaient en ridicule, l'injuriaient à cause de ses tendances religieuses; aussi lorsqu'on la retira du pensionnat « elle maudissait déjà les couvents. » Les règles s'établirent à cette époque sans accident.

Une fois sortie de pension, de treize à vingt-trois ans, elle est restée chez sa mère, s'occupant de son commerce de grains et farines. Sa mère la faisait travailler beaucoup, l'injuriait, la rudoyait, ne l'aimait pas. Cependant elle n'eut à souffrir de rien et même on ne lui épargnait ni toilettes ni plaisirs. Quoi qu'il en soit, se trouvant malheureuse, elle nourrissait toujours des idées religieuses et rêvait la paix du couvent, où elle finit par entrer à vingt-trois ans, poussée par le caractère insupportable de sa mère qui aurait fini par lui dire: « Si tu as la vocation, c'est de la paresse si tu ne rentres pas au couvent. » Elle aurait su ensuite que les « tortures morales » que lui infligeait sa mère étaient un noviciat pour lui faire embrasser la vie religieuse. Entrée au couvent Saint-Charles de Nancy, elle y resta quatre ans, pendant lesquels on la soumit à des expériences bien dures qu'elle subit sans murmurer. Malgré cela elle fut renvoyée, parce que, dit-elle, on alléguait qu'elle n'avait pas la vocation et que la vie religieuse ne pouvait lui convenir. Blessée dans sa fierté, la malade partit aussitôt, rentra dans sa famille où elle resta un an. Mais elle regrettait la vie religieuse et alors, à vingt-huit ans et demi, elle rentra à l'Assomption de Nancy où elle passa ses examens d'institutrice (brevet élémentaire). Pendant dix ans qu'elle fut attachée à cette congréga-

tion, elle résida successivement deux ans à Alger, trois ans à Aix, trois mois en Belgique, puis revint à Aix. Pendant tout ce temps elle prétend avoir eu à souffrir de l'antipathie de ses supérieures et surtout de la supérieure générale. Aussi dégoûtée par cela, et trouvant d'un autre côté le régime trop mauvais, n'ayant pas aussi confiance dans l'avenir de la congrégation elle se retira.

A trente-huit ans et demi elle rentra à la Doctrine de Nancy. Bien qu'elle eût fait là tout ce qu'on voulait lui imposer sous prétexte d'épreuve, on la chassa au bout de sept mois en la traitant de paresseuse et d'immorale, parce qu'elle ne se levait pas au signal de la cloche du matin. Déjà à l'Assomption elle prétend qu'on l'avait accusée de rester au lit le matin pour avoir des enfants.

Une fois sortie de la Doctrine de Nancy, à l'âge de trente-neuf ans, elle resta deux mois chez sa sœur, puis vint à Paris chercher des leçons : elle logea chez M. B..., 10, rue de Sévigné. Là sa concierge rentrait chez elle pour lui faire des misères, déplaçait les meubles, volait de l'essence minérale : une fois, après être restée trois jours chez elle sans avoir de punaises, elle sortit et en trouva en rentrant qu'on avait déposées en son absence. La concierge et M. B... ne sont que les instruments de sa famille qui la persécute et veut la faire passer pour folle.

Après être restée dans ce logement pendant deux ans, elle le quitta pour fuir ses persécuteurs. En partant, un voisin l'aurait avertie que le propriétaire avait dit qu'elle avait été chassée de trois couvents, que ce propos pouvait la déprécier et lui faire perdre ses élèves. Il aurait ajouté : « Vous partez pour ces tracasseries, mais on vous en fera autant ailleurs. »

C'est ce qui eut lieu en effet dans son nouveau logement 7, rue Charles V (octobre 1884). On entraînait chez elle, on déplaçait les objets, on volait son parapluie, on cassait sa chaise, les baleines de son corset ; on mettait des punaises dans son lit. Elle n'avait pas de travail, elle faisait de la tapisserie sur commande et on lui donnait toujours ce qu'il y avait de plus mauvais. Elle ne croit pas qu'on ait jamais essayé de falsifier ses aliments ; cependant un jour elle se trouva malade après avoir bu du vin qu'on lui avait vendu et elle changea de marchand de vin. Elle n'a *jamais rien entendu*, ni vu, ni senti d'anormal. Elle accuse ses voisins de toutes les persécutions, mais tous ceux qui lui font du mal ne sont que les instruments de sa famille ou des couvents par lesquels elle a passé.

Avril 1886. — Aussi, poussée à bout et voulant montrer qu'elle rompait à tout jamais avec la religion, elle alla à Saint-Paul et communia sans se confesser. Puis elle envoya une

hostie à l'archevêque de Nancy, une au couvent de la Doctrine, une troisième à un de ses cousins, prêtre à Montigny près Metz, en leur disant qu'elle ne voulait plus de la religion, que le noviciat était suffisant, qu'on lui avait fait subir assez d'épreuves, qu'on la laissât tranquille. Ses lettres étant restées sans réponse, elle écrivit des lettres de menace, demandant si oui ou non elle était coupable et que si on ne répondait pas elle se vengerait. Le procureur de la République fut alors saisi de l'affaire, elle fut enfermée à Saint Lazare et, à la suite d'une ordonnance de non-lieu, conduite au dépôt de la préfecture de police, puis à l'asile Sainte-Anne.

Un certificat délivré par M. Garnier le 17 juin 1886 constate un *délire chronique* : idées de persécution systématisées, hallucinations de l'ouïe, du goût, de la sensibilité générale, etc... Deux autres certificats datés du 18 juin 1886 et du 2 juillet 1886 portent également : *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution... Dans des certificats successifs, M. Falret diagnostique à son tour un délire de persécution avec accusations, absence d'hallucinations de l'ouïe; mais un grand nombre d'interprétations délirantes.

Actuellement, l'état mental de M^{lle} M... est resté stationnaire. On continue à la persécuter à l'hôpital, les malades, les surveillantes, les médecins, tout le personnel sont à la solde de sa famille et des couvents qui la poursuivent jusqu'ici. La moindre parole devient pour elle une allusion blessante. Elle considère sa séquestration à l'asile, ainsi que tout ce qu'elle a souffert, comme les épreuves prolongées d'un noviciat que lui font subir les religieuses par l'intermédiaire de l'évêque de Nancy. Ses parents ne sont pas, à proprement parler, les instigateurs des persécutions, mais ils les connaissent et les tolèrent.

À côté de ces idées de persécution, il y a des idées d'empoisonnement et la malade a pris l'habitude de laver elle-même sa vaisselle. Ajoutons que pendant tout son séjour à la Salpêtrière, on n'a jamais constaté chez cette malade *aucune hallucination d'aucun sens*, mais de simples interprétations délirantes. Pas d'idées de grandeur.

Les sentiments affectifs sont aussi atteints : elle regarde sa mère et sa sœur comme ses plus grandes ennemies; ses sentiments religieux ont fait place à un scepticisme outré; d'un autre côté elle désire se marier : « J'ai, écrit-elle, une famille que je ne puis que maudire, je désire m'en créer une autre par un mariage qui me donne et un mari et un enfant à aimer. »

Le caractère a toujours été entier, irritable; aujourd'hui encore, elle s'excite pour un rien. En général, elle est dissimulée, méfiante, vivant à l'écart. Quand elle parle, ce n'est que

pour protester, pour faire des réclamations ou même des menaces ; parfois même elle se livre à des actes de violence. « Il y a en moi, dit-elle, l'étoffe de quatre assassins. Je ne suis pas assez simple pour craindre la justice humaine, la religion sera trop heureuse si elle peut tout étouffer. » Est-il besoin d'ajouter après cela que rien ne peut ébranler les idées délirantes de cette malade.

Voilà pour l'examen de l'intelligence. Au point de vue physique, il y a aussi des points importants à noter. Ce qui frappe au premier abord chez M..., c'est l'aspect particulier de la physionomie, car le corps est bien conformé, quoiqu'un peu maigre, et la taille est assez élevée. La tête, considérée dans son ensemble, nous offre un degré notable de microcéphalie et en même temps d'acrocéphalie, elle paraît symétrique. Le front est élevé, fuyant en arrière, plat, assez large, sans dépressions latérales ; la suture métopique nous semble perceptible sous le doigt, de même l'occipital relevé en haut ne présente pas de saillies des bosses. La face est ovoïde très allongée, paraît régulière. Les yeux sont ronds, gros, comme saillants hors de l'orbite ; et bien que les arcades orbitaires ne soient pas très saillantes au toucher, on a, à la vue, l'illusion d'une saillie à leur niveau, surmontée d'une sorte de dépression. Le nez est très gros, la bouche régulière, l'articulation des mâchoires normale. La voûte palatine est asymétrique. Les oreilles sont symétriques, la grandeur moyenne, leur écartement de la tête est normal, mais le lobule est indistinct, l'hélix incomplètement ourlé, etc.

Il n'y a rien à noter du côté des appareils organiques : la malade se plaint seulement de temps en temps de douleurs rhumatoïdes erratiques.

Messieurs, la lecture de ces observations vous aura convaincus sans doute de ce que j'avais en commençant : chez mes délirants chroniques, une hérédité aussi chargée que celle des dégénérés les plus avoués se manifeste par l'alcoolisme, les paralysies, les altérations du caractère, la déséquilibration et la débilité mentales, les névroses hystériformes, le bégaiement, l'aliénation caractérisée, le suicide, les obsessions, etc....

Avec de pareils antécédents, rien d'étonnant à ce que nous rencontrions la preuve de cette hérédité : microcéphalie, acrocéphalie, asymétrie cranio-faciale, malformations de la voûte palatine, déformations auriculaires multiples, tic facial, bégaiement, menstruation tardive. Ce sont bien là, ce me semble, des stigmates physiques et même plus particuliers aux états inférieurs si l'on

en croit MM. Sanry (p. 27 à 31) et Legrain (p. 35). Du côté psychique, nous avons vu le retard de développement dans l'enfance, la parole tardive, l'instabilité et la faiblesse d'esprit, les altérations du caractère, des sentiments et même ces états émotifs particuliers, réunis par M. Magnan sous le nom de syndromes épisodiques des héréditaires.

Mais, Messieurs, ces observations sont un peu superficielles, car on n'a qu'à relire les leçons cliniques de M. Magnan ou les thèses faites sous son inspiration pour en trouver de toutes semblables.

Dans le premier travail qui parut sur cette question (1883), M. Gèrente (1), tout en décrivant l'évolution particulière du délire chronique, dit que cette véspanie ne se rencontre pas chez le premier venu : il faut une longue incubation, une ou deux générations au moins préparant le terrain, il faut être prédisposé. L'auteur va plus loin lorsqu'il dit, à propos de l'éclosion du délire, que « s'il survient quelque accident, le malade, jusque-là original, maniaque au sens vulgaire du mot, succombe, étant d'ailleurs, dès sa naissance, ce qu'on appelle un *débile*, ou bien s'étant affaibli mentalement au cours de son existence » ; et autre part : « Au début de l'affection mentale il y a un fonds primitif de débilité dû le plus souvent à quelque *dégénérescence héréditaire*. » Dans sa thèse M. Gèrente ne sépare donc pas les délirants chroniques des dégénérés et ne met en relief que la succession des périodes, telle qu'elle est encore décrite aujourd'hui et qui serait toujours la même. D'ailleurs la lecture des observations qu'il rapporte est loin d'entraîner une conviction absolue ; car on y rencontre confondus les faits les plus dissemblables (persécutés ordinaires, persécutés sans hallucinations, délires des dégénérés de toute espèce, hypochondriaques, nombre de mélancoliques anxieux avec craintes d'accusations, idées de culpabilité, de ruine et même de négation). Cela ne semble-t-il pas justifier quelque peu les critiques exprimées dans sa communication par notre éminent maître, M. Falret.

(1) Gèrente. — *Le délire chronique, son évolution*. Thèse, Paris 1883, n° 194.

Dans un autre travail, M. L. Boucher (1) décrit aussi l'évolution particulière du délire chronique et dit que « l'étiologie en est tout entière dans l'hérédité et, pour cela même, souvent impossible à reconnaître, la famille, les parents dissimulant de leur mieux la tare qui pèse sur eux, et craignant pour des intérêts divers, de donner certains renseignements relatifs aux ascendants du malade qui se rapportent dans tous les cas à des anomalies intellectuelles, à des troubles dus à l'alcoolisme ou à des empoisonnements chroniques, à des dégénérescences, à des névroses. Aussi ne saurait-on trop soigneusement rechercher du côté du père, de la mère, des grands-parents paternels et maternels, des oncles, tantes, cousins, le moindre indice qui puisse vous mettre sur la voie. Bien souvent on côtoie dans le monde des hypochondriaques qui, sous la dénomination vulgaire d'originaux, de maniaques, dissimulent mal la véritable aliénation mentale. Qu'une douleur profonde, qu'une perturbation violente surviennent chez *ces prédisposés mal équilibrés*, et les premiers symptômes du délire chronique apparaîtront. » Ces mêmes idées avaient été exprimées dans une leçon clinique de M. Magnan (*Journ. de méd. et de chir.*, 1883), où l'on voit aussi que le délire chronique peut être accompagné ou non d'hallucinations. D'ailleurs, dans ce même travail de M. Boucher, nous trouvons une observation qui nous semble se rapprocher singulièrement de celles de nos malades chez lesquels nous avons constaté l'importance attachée à certain chiffre ou une sorte de folie du doute. Il s'agit d'une malade observée dans le service de M. Magnan et certifiée par lui atteinte de *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale et prédominance d'idées de persécution. Or, dit M. Boucher, « dès l'âge le plus tendre (7 mois) les convulsions se manifestent chez cette malade, trahissant la disposition névropathique dont nous ne pouvons, d'après les renseignements fournis, retrouver l'origine. Plus tard, elle était facilement excitable, d'un caractère inégal, et c'est seulement il y a un an et demi, au mois

(1) L. Boucher. — *Contribution à l'étude du délire chronique*, in *Archives de neurologie*, 1884, t. VIII, p. 173.

d'octobre 1882 qu'elle fut prise de céphalalgie persistante, avec un peu de fièvre. Depuis, elle commence à être inquiète, elle reste longtemps absorbée, elle pleure sans motif, puis se met à *se laver les mains à chaque instant* : pendant cette opération elle s'interrompait, parlait bas. En février 1883, à l'occasion d'un déménagement, les idées de persécution apparaissent. » Voilà une période prodromique de délire chronique qui me paraît ressembler singulièrement à de la folie du doute.

Dans la thèse plus récente de M. Déricq (1) nous trouvons que l'auteur, tout en admettant que le plus souvent le délire chronique se développe sur un autre terrain que celui de la débilité mentale, ajoute « qu'il n'est pas tout à fait rare de rencontrer chez un *faible d'esprit* un délire chronique, non point qu'il s'agisse d'un délire qui dure et dont la durée serait le seul caractère, mais de cette espèce particulière d'aliénation mentale dont la marche régulière, plus ou moins lente, conduit d'étape en étape le malade à la démence. Un caractère de ce délire progressif (épithète qui prêterait moins à l'équivoque que celle de chronique), chez un débile, est d'être confus, peu logique, mal coordonné..... toutefois la succession des périodes n'est point troublée (p. 40). » M. Déricq cite ensuite trois exemples de coexistence, chez un même individu, de débilité mentale avec délire chronique et délire alcoolique. (Obs. XII, XIII, XIV.)

À propos de cette coexistence possible du délire chronique avec des états dégénératifs, nous citerons encore la thèse de M. Respaut (2) qui rapporte deux observations de coïncidence chez un même individu, de l'épilepsie avec le délire chronique. La seconde surtout (obs. XXIV), très détaillée, mérite d'être signalée. Il s'agit d'un individu dans les antécédents duquel on note l'épilepsie chez un oncle paternel, qui, ayant eu des convulsions en bas âge, présente à dix-huit ans des manifestations épileptiques très nettes ; à vingt-trois

(1) L. Déricq. *De la coexistence de plusieurs délires d'origine différente ou de plusieurs intoxications chez le même aliéné*. Th. Paris, 1886.

(2) Respaut. *Du délire épileptique, etc.*, Th. Paris, 1883, n° 306

ans le délire chronique commence à apparaître ; les idées de persécution se systématisent progressivement ; à trente ans, les idées de grandeur apparaissent, elles tiennent la scène à trente-six ans. Durant tout ce temps le malade n'a cessé de présenter des accidents épileptiques (accès, vertiges, délire) et même des accidents alcooliques à la suite d'excès de boissons.

M. Magnan lui-même, dans ses leçons cliniques sur l'épilepsie, rapporte l'observation analogue d'un homme de trente-deux ans (p. 31). « Sa mère était épileptique... un frère est épileptique..., le père, qui était ivrogne, est mort infirme à Bicêtre. Un cousin germain maternel, caré, est atteint de délire chronique. G..., sous l'influence de cette hérédité complexe, est à la fois épileptique et délirant chronique. »

Cette coïncidence possible du délire chronique avec l'épilepsie ne laisse pas que de donner à réfléchir, quand on se représente que l'épilepsie idiopathique est généralement considérée comme une névrose dégénérative, et en tout cas, comme le dit M. Magnan quelques pages plus haut, essentiellement héréditaire (p. 5). Et il nous semble que si le délire chronique est bien distinct des formes dégénératives de la folie, on peut être à bon droit étonné de trouver réunies ces manifestations morbides d'ordre si différent chez un même individu qui, indemne par le côté délire chronique de toute tare dégénérative, serait au contraire plus ou moins profondément déchu de par ses accidents alcooliques (Dericq, Legrain) ou comitiaux et par son état de débilité mentale.

D'autre part, dans les leçons plus récentes de M. Magnan, dans les communications qui nous ont été faites, le délire chronique est considéré comme une entité morbide bien distincte et nettement opposée aux délires des dégénérés. L'accord cependant n'est pas encore aussi parfait ni la question aussi claire qu'on pourrait le supposer, et nous citerons à ce propos la thèse récente de M. Legrain (1) qui mérite un examen approfondi. Tout d'abord, notons que M. Legrain déclare nettement admettre que les dégénérés peuvent être atteints du

(1) Legrain. *Du délire chez les dégénérés*. Th. Paris, 1886.

délire chronique véritable (p. 272), mais de plus il décrit chez eux un délire à évolution chronique. C'est de cette question d'évolution dont nous dirons maintenant quelques mots.

Considérée en elle-même, la succession des périodes dans le délire chronique n'a rien de caractéristique, puisqu'elle peut se rencontrer dans certains délires des dégénérés; mais alors elles sont plus courtes, donnant lieu à ce délire chronique galopant de M. Briand, qui n'est pas du délire chronique (?), tandis que dans le délire chronique un caractère principal serait leur longue durée. Il nous semble que cette règle peut souffrir des exceptions, comme on peut le voir par l'exemple suivant :

Obs. VIII. — M^{me} B... âgée de trente-huit ans, entre le 8 juillet 1885 à la Salpêtrière, service de M. Falret.

Un certificat de M. Garnier délivré le 7 novembre 1884 porte la mention : *délire chronique*, hallucinations de l'ouïe, interprétations imaginaires, idées de persécution, etc..... M. Magnan constate aussi le 8 novembre 1884 un *délire chronique* avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution. M. Falret porte à son tour le diagnostic délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, etc.

Le Père de cette malade buvait un peu, il a eu une attaque de paralysie dans le bras et la langue pendant trois mois.

M^{me} B..... aurait eu, en 1871, une *fièvre typhoïde très grave* : elle eut le délire pendant six semaines et, après la maladie, elle perdit la mémoire pendant un an : durant ce temps elle ne mangeait ni ne buvait elle-même. Le début de la maladie actuelle remonte à 1884 : vers le mois d'avril, on l'insultait dans les rues, chez le boucher, ce qui l'étonnait beaucoup; sa voisine, qui lui disait des injures (fille publique, etc...), aurait voulu l'assassiner chez elle avec un balai. Etant devenue très faible, elle entra en juillet à la Charité : elle prétend que c'est là seulement que M. Féréol lui aurait appris qu'elle était persécutée et elle dit que c'était une tentative d'empoisonnement de la part de ses ennemis qui l'avait rendue malade.

On constate chez elle des hallucinations de divers sens : odorat (on l'endort avec du chloroforme), goût, sensibilité générale, mais c'est l'hallucination de l'ouïe qui domine et dirige le délire : nous ne constatons pas d'hallucinations de la vue. Elle raconte qu'on l'insultait, que plusieurs personnes s'en sont mêlés, que sa sœur dirige le complot parce qu'elle est jalouse d'elle et voudrait se substituer à elle. Elle dit que cette sœur est une femme de mauvaise vie qui a des relations avec les

femmes et les hommes avec un mouchoir rouge. Elle a entendu dire cela à des gens qui causaient entre eux. Elle se défend d'avoir fait cela et a voulu « mettre opposition » en disant n'avoir jamais eu que des mouchoirs blancs même pour priser.

Cette malade a aussi des idées de grandeur; et il nous semble important de noter l'époque de leur apparition. Alors que les idées de persécution datent d'avril 1884, les idées de grandeur se seraient montrées dès la fin de la même année : en tout cas, elles sont mentionnées dans un certificat de l'asile de Vauluse en juin 1885, alors qu'elles ne sont pas signalées dans les certificats de MM. Garnier et Magnan en novembre 1884. Ces idées sont donc survenues très rapidement. La malade a entendu des personnes dire, sans cependant s'adresser directement à elle, qu'elle était la petite fille du marquis de Grammont : elle aurait été soustraite toute jeune à sa famille et placée chez un nourricier; mais sa vraie famille veillait sur elle. Sa sœur lui aurait enlevé ses titres pour prendre sa place, surtout le marquis de Grammont étant mort, peut-être à la Salpêtrière où M. Falret et la surveillante l'auraient fait entrer en lui tendant un piège. Comme réactions, signalons qu'elle a déposé des plaintes chez le commissaire au sujet de ses ennemis. Aujourd'hui encore, c'est l'idée de persécution qui domine : la malade est dissimulée, elle a des réticences en parlant; elle a d'ailleurs toujours été d'un caractère sombre. Elle est convaincue de la réalité des faits qu'elle avance et tient à son titre. Ses explications sont parfois assez embrouillées : cependant il n'y a pas de démenée, la malade est plutôt une intelligence faible. Au point de vue de la conformation physique, notons une asymétrie de la voûte palatine étroite et profonde et des déformations auriculaires.

Voilà un délire chronique qui nous semble avoir évolué assez rapidement, puisque les premiers troubles psychiques ayant débuté au mois d'avril 1884, à la fin de la même année on était déjà arrivé à la troisième période, au délire des grandeurs. Mais, si, comme cet exemple semble le prouver, il y a des cas où le délire chronique peut évoluer avec autant de rapidité qu'un délire dégénératif, il y a réciproquement certains délires des dégénérés qui évoluent avec lenteur et d'une façon chronique, et avec les caractères d'un délire systématique. Nous n'en voulons pour preuve que le délire des persécutés persécuteurs. Mais il en est d'autres, pouvant affecter les formes les plus diverses et présenter successivement des idées analogues à celles qui caractérisent les étapes

successives du délire chronique. C'est cette variété de délires que M. Legrain décrit dans sa thèse sous le nom de *délire à évolution chronique des dégénérés*. Ces délires peuvent se présenter parfois sous l'aspect du délire chronique véritable. Et si l'on admet d'autre part, avec M. Legrain, que ce délire chronique véritable peut aussi se rencontrer chez les dégénérés (p. 272), on voit de suite que la séparation du délire chronique n'est pas chose aussi simple ni aussi tranchée qu'on pourrait le croire d'après les communications qui nous ont été faites et qui, pour détacher cette nouvelle espèce nosologique, l'opposent simplement à ces délires d'emblée, polymorphes, à évolution variable déjà signalés par Morel, et avec lesquels personne, en somme, ne les confond. D'un autre côté, si le pronostic de ces bouffées délirantes est bénin, chose que personne ne conteste, il n'en est plus de même des délires à évolution chronique qui peuvent s'achever lentement vers la démence. Voici ce que dit M. Legrain de ces derniers : « Lorsque les malades ont déliré pendant un certain nombre d'années, d'une manière uniforme, sans avoir présenté autre chose que de rares rémissions de très courte durée, quelle que soit d'ailleurs la forme clinique du délire, on peut vraisemblablement les considérer comme perdus sans retour. Pendant dix ans, quinze ans, le délire évolue, changeant peu d'aspect. Nous avons dit que les délires polymorphes étaient plus favorables et qu'ils s'achevaient assez souvent vers la guérison. Il en est bien autrement lorsque le dégénéré s'attache obstinément à une ou plusieurs idées délirantes. Cette uniformité tient un peu du système et nous savons que les délires systématisés comportent un mauvais pronostic en général. Ces cas sont assez rares à la vérité, et le dégénéré, primesantier de sa nature, a peu de tendance à la systématisation. Mais, dès qu'elle survient, on voit la maladie se prolonger indéfiniment, et alors de deux choses l'une, ou bien le malade est emporté par une maladie intercurrente en pleine évolution délirante, ou bien, les progrès de l'âge aidant, la démence survient : démence tardive, démence secondaire bien différente de la démence précoce et primitive survenant dans le jeune âge. *Les dégénérés partagent ce mode de terminaison avec les délirants chro-*

niques » (p. 235-236). Cette simple citation, empruntée à un partisan du délire chronique, suffira, je suppose, pour montrer que l'antithèse entre cette forme délirante et les délires dégénératifs n'est pas aussi absolue qu'on veut bien le dire, tant au point de vue de l'aspect général de la maladie, que de la durée et du pronostic. Nous avons vu d'ailleurs sur quels terrains elle peut se développer.

Messieurs, je ne vous cacherai pas qu'arrivé à la fin de ce travail, je ne sais plus bien au juste ce qu'il faut voir dans le délire chronique. Un sens fait, d'ailleurs déjà connu, me paraît devoir être mis en relief, c'est qu'à côté des folies à marche intermittente ou essentiellement rémittente, il y en a d'autres à marche continue plus ou moins régulière. Pour le reste, les faits que j'ai rapportés et les travaux des partisans du délire chronique que j'ai cités sont en opposition manifeste avec la doctrine qui nous a été exposée, et en tout cas nous y montrent cette même confusion tant reprochée à Lasègue et à ceux qui l'ont suivi. Il n'y a que l'étiquette de changée. En face de ces contradictions, ne vous semble-t-il pas, comme à moi, que la doctrine du délire chronique n'a pas des racines bien profondes, et avant de rallier l'opinion, demande à être singulièrement éclaircie? C'est là un de ces problèmes dont la solution réclame l'appui d'une longue expérience. Quant à moi, si les documents que je viens d'exposer peuvent avoir en cette matière quelque utilité, je m'estimerai heureux d'avoir rempli la tâche que je m'étais imposée.

La séance est levée à 6 heures.

CHARPENTIER.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Décret du 29 décembre 1887* : M^{lle} NICOLLE (Léontine), surveillante de 1^{re} classe et directrice de l'école des jeunes filles idiotes et épileptiques de l'hospice de la Salpêtrière, à Paris, est nommée au grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'honneur; trente-huit ans de service. S'est constamment signalée par un dévouement et une abnégation sans bornes. Officier d'académie. A obtenu le prix Monthyon. Titulaire d'une médaille d'or.

— *Arrêté du 24 décembre 1887* : M. le D^r ROUSSET, ancien interne de l'asile de Bron (Rhône), est nommé médecin adjoint de l'asile de Saint-Robert (poste créé), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 5 janvier 1888* : M. le D^r AUBRY, interne de l'asile du Mans, est nommé médecin adjoint de l'asile d'Armentières (Nord), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

Sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1888, MM. les D^{rs} BÉCOULET, médecin-directeur de l'asile de Dôle (Jura) et PETRUCCI, médecin-directeur de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire); MM. MIREPOIX, directeur de l'asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle) et LLANTA, directeur de l'asile de Mont-de-Vergues (Vaucluse).

— *Arrêté du 7 janvier 1888* : La direction administrative et le service médical de l'asile de Ville-Evrard sont divisés.

M. le docteur PATÉ est nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard et placé dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 19 janvier 1888* : M. le D^r DONNET, médecin en chef de l'asile d'aliénées de Bordeaux, est nommé directeur-médecin de l'asile de Vaucluse, en remplacement de M. le D^r Bigot, décédé, et maintenu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.);

M. le D^r MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile de Marseille, est nommé médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, et maintenu à la 2^e classe de son grade (6,000 fr.).

— *Arrêté du 21 janvier 1888* : M. le D^r CAMUSET, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), est nommé directeur-médecin de l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir), en remplacement de M. Hildenbrand, décédé, et maintenu à la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 27 janvier 1888* : M. le D^r REVERCHON directeur-médecin de l'asile Sainte-Catherine d'Yseure (Allier), est nommé directeur-médecin de l'asile Saint-Luc, à Pau, et maintenu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) ;

M. le D^r BELLE, médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord), est nommé directeur-médecin de l'asile de Sainte-Catherine d'Yseure, et maintenu à la 3^e classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. le D^r MARTINENQ, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), et placé dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 30 janvier 1888* : M. le D^r POXS, directeur-médecin de l'asile de Saint-Luc, à Pau, est nommé médecin en chef de l'asile de Bordeaux, et maintenu à la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.) ;

M. le D^r FEBVRE, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef du même asile et placé dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du 1^{er} février 1888* : M. le D^r REY, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, est nommé médecin en chef de l'asile de Marseille et placé dans la 3^e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Décret du 18 février 1888* : Sur la proposition du Ministre de l'instruction publique, M. RIBOT (Théodule-Armand), docteur ès lettres, est nommé professeur de psychologie expérimentale et comparée au Collège de France.

NÉCROLOGIE

D^r EUGÈNE DALLY. — La *Société médico-psychologique* vient de faire une perte nouvelle; un de ses plus anciens membres et de ses plus distingués, le D^r Eugène Dally est décédé le 30 décembre 1887, à l'Etang-la-Ville (Seine-et-Oise), à l'âge de cinquante-quatre ans, à la suite du diabète dont il était atteint depuis plusieurs années.

Notre regretté collègue était un esprit original, d'une instruction étendue et variée, ayant horreur des sentiers battus et sans cesse à la recherche d'idées nouvelles, au risque même d'être accusé de paradoxe. Il a dépensé son activité dans les voies les plus diverses : il s'appliqua d'abord à vulgariser l'idée émise et développée par son père, d'une thérapeutique fondée sur le mouvement fonctionnel; de là ses travaux : *sur la nécessité de l'éducation physique et sur l'organisation des gymnases municipaux*; *sur les ressources nouvelles de l'orthopédie scientifique*, etc. Il fut un de nos anthropologistes les plus actifs et les plus distingués; il publia, en 1868, une traduction très estimée, précédée d'une savante introduction, du livre de Huxley : *De la place de l'homme dans la nature*. Ses nombreuses communications à la Société d'anthropologie, son enseignement à l'École d'anthropologie, où il professait l'ethnographie, ses nombreux travaux sur cette science, lui avaient acquis un rang des plus honorables parmi les savants qui s'occupent de cette partie de la science de l'homme.

Dally avait pris une part très active aux travaux de la *Société médico-psychologique*, qu'il présida en 1882. Tous nos lecteurs se rappellent entre autres ses communications si intéressantes et si suggestives sur la responsabilité criminelle, qui furent le point de départ de discussions importantes. Dans cette difficile question, il se plaçait surtout au point de vue social, et concluait, se fondant sur les résultats de la science, qu'à la responsabilité morale devait être substituée la responsabilité sociale.

Dally mettait au service des idées qu'il professait de sérieuses connaissances philosophiques, un véritable talent d'écrivain et une ardeur peu commune. Mais quelque profondes et sincères que fussent ses convictions, il avait trop d'esprit pour être un sectaire. Tous ceux qui l'ont connu n'oublieront jamais son abord bon et bienveillant, son caractère franc et ouvert, sa passion pour le progrès sous toutes les formes; et ils regretteront ce confrère aux qualités si éminentes du cœur et de l'esprit, qu'un mal cruel a enlevé prématurément à l'affection de sa famille et de ses amis.

A. R.

D^r HILDENBRAND. — Les *Annales médico psychologiques* viennent de perdre un collaborateur des plus fidèles : le D^r Hildenbrand, directeur-médecin de l'asile de Bonneval, a succombé le 4 janvier dernier, âgé de cinquante-sept ans, à la suite d'une longue et douloureuse maladie.

Toute la vie de notre regretté confrère a été consacrée au service des aliénés. D'abord interne de l'asile de Stépansfeld (Bas-Rhin), il soutint une thèse sur « le traitement de la syphilis cérébrale par l'iodure de potassium ». Le sujet était nouveau à l'époque, et la thèse fut très appréciée. Puis il devint successivement médecin du quartier des aliénés de l'hospice de Niort, directeur-médecin de l'hospice de Saint-Alban et médecin en chef de l'asile de Stépansfeld. Il occupait ce dernier poste au moment de la guerre de 1870. Ayant opté pour la nationalité française, il fut nommé médecin en chef de l'asile de Marseille, puis médecin-directeur de l'asile de la Charité (Nièvre), et, enfin, médecin-directeur de l'asile de Bonneval. Dans les différents services qu'il a dirigés, il a laissé le souvenir d'un médecin dévoué et d'un administrateur distingué.

Depuis 1866, le D^r Hildenbrand collaborait activement aux *Annales*, et il y faisait surtout la revue des journaux allemands. Il y a publié en outre un certain nombre de rapports de médecine légale, et quelques mémoires de pathologie mentale, qui dénotent de sérieuses connaissances et l'habitude de l'observation scrupuleuse.

L. C.

D^r RAMAER. — Un des représentants les plus distingués de la psychiatrie hollandaise vient de disparaître : le D^r Ramaer, inspecteur général des aliénés de son pays, est mort, âgé de plus de soixante-dix ans.

Il était né à Hertogenbosch, le 20 avril 1817. Après avoir poursuivi à l'étranger, notamment à Paris, Vienne et Munich, de brillantes études médicales commencées sous les auspices de Schroeder van der Kolk, Sébastian et Baart de la Faille, le D^r Ramaer s'livra d'abord à la pratique médicale à Rotterdam. Nommé en 1841 médecin de l'asile de Zutphen, il remplit cette fonction jusqu'en octobre 1863, époque à laquelle il fut nommé médecin-directeur de l'asile de Delft qu'il quitta en mars 1869 pour s'installer comme médecin consultant à la Haye. En 1872, le D^r Ramaer fut nommé inspecteur général des asiles d'aliénés de Hollande en remplacement du D^r Schneevoegt, décédé.

Le 20 avril 1887, à la *Société de psychiatrie Hollandaise*, le D^r Van Andel, l'intime ami et l'ancien médecin adjoint du D^r Ramaer à l'asile de Zutphen, était chargé d'adresser au sein de cette Société quelques mots d'éloge et de félicitations à l'occasion des soixante-dix ans révolus du robuste vieillard qui en était l'âme et le fondateur. On ne se doutait pas alors qu'une

mort aussi rapide allait arracher le D^r Ramaer à l'estime et à l'affection de tous ceux qui l'avaient connu.

Son labeur incessant lui avait acquis une très grande notoriété dont font foi les nombreuses sociétés étrangères, et parmi celles les *Sociétés médico-psychologiques* de Paris, d'Allemagne et de Belgique qui comptaient le D^r Ramaer au nombre de leurs membres. Parmi ses nombreux travaux scientifiques, il y a lieu de mentionner, les *Considérations sur le rapport des facultés instinctives avec l'âme*; les *Critiques du magnétisme animal et du mesmérisme*; de nombreux articles de médecine mentale publiés de 1857 à 1887 dans le *Nederlands tydschrift voor Geneeskunde* et de très nombreux rapports sur les asiles hollandais et étrangers. Le dernier travail du D^r Ramaer est daté de septembre 1887 et traite de la classification des psychoses.

Au sein de cette vie de travail, le D^r Ramaer n'oubliait pas les aliénés confiés à ses soins; il avait singulièrement amélioré leur sort et ses malades lui avaient donné en retour le titre affectueux de père (Vader Ramaer).

D^r GERMAIN CORTYL.

VISITE DE M. LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE A L'HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.

M. le Président de la République a visité, le 30 décembre 1887, l'hospice de la Salpêtrière.

M. Carnot est arrivé en landau, à deux heures précises, à l'hospice de la Salpêtrière. Il était accompagné par MM. le général Brugère, secrétaire général de la présidence, et le colonel Lichtenstein, l'un de ses officiers d'ordonnance.

A son entrée dans l'établissement, il a été reçu par M. Sarrien, ministre de l'intérieur, ainsi que par MM. Peyron, directeur de l'assistance publique; Deronin, secrétaire général; Mourlan, chef de la division des hôpitaux et hospices; Le Bas, directeur de l'hospice; Beugniez, économiste; Voisin, Millard, Goupy, membres du conseil de surveillance; Thomas, maire du 13^e arrondissement; les D^{rs} Joffroy, Terrillon, Ségas, Gilles de la Tourette, A. et J. Voisin, Falret, le pharmacien en chef Viron et les internes attachés aux différents services.

Après les présentations, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a souhaité en ces termes la bienvenue à M. le Président de la République:

« Monsieur le Président,

« Au nom de tous ceux qui collaborent à cette grande œuvre de l'Assistance publique parisienne, je vous exprime notre profonde reconnaissance pour la pensée généreuse qui vous a dicté cette visite. Mais c'est surtout au nom des pauvres dont nous

nous glorifions d'être les serviteurs, que nous vous remercions de cette marque nouvelle de la prédilection que porte aux œuvres de la bienfaisance le gouvernement de la République que vous représentez si dignement devant la France et devant l'Europe.

« Cette visite, dont nous garderons le précieux souvenir, nous sera une récompense pour nos efforts passés et un encouragement pour l'avenir. »

M. Carnot a remercié M. le directeur de l'Assistance publique des paroles qu'il venait de lui adresser et il a ajouté :

« J'ai tenu à ce que ma première visite fût pour un de nos établissements hospitaliers, afin d'honorer le dévouement dont font preuve envers les déshérités de la fortune et de la nature le conseil municipal de Paris, le corps des médecins et l'administration de l'Assistance publique. »

Le Président de la République a parcouru ensuite les divers bâtiments de la Salpêtrière. Ils sont au nombre de près de cinquante, reçoivent le jour par environ cinq mille fenêtres et s'étendent sur une superficie de plus de trente et un hectares. Ils contiennent une population qui varie entre 4,800 et 5,000 âmes. Les services ont toujours été confiés à des infirmières laïques.

M. Carnot s'est surtout arrêté dans la salle de chirurgie, dans celle des bains et des douches, ainsi que dans les dortoirs consacrés aux impotentes et aux cancéreuses. Il s'est également rendu dans les quartiers réservés aux aliénées tranquilles et aux agitées. Il a écouté avec un vif intérêt les explications que M. Albert Londe lui a données sur l'introduction de la photographie dans les sciences médicales et sur les résultats qui ont été ainsi obtenus.

Dans les cuisines, une des curiosités de l'établissement, avec leurs immenses fourneaux et leurs bassins de cuivre éblouissants, une tasse de bouillon a été offerte au président de la République, au général Brugère et au colonel Liechtenstein.

Le personnel des surveillants et des infirmières attendait, dans la salle des cours, M. Carnot et les personnes de sa suite. Elles étaient en toilette de fête : robe noire, bonnet de tulle noir, fichu de satin garni de dentelle noire et ouvrant sur un corsage de baptiste blanche.

Là, M. Peyron a présenté à M. le président de la République M^{lle} Nicolle et lui a fait connaître en ces termes les services rendus par elle à l'administration de l'Assistance publique :

« Monsieur le Président,

« Depuis trente-cinq ans qu'elle est à la Salpêtrière, M^{lle} Nicolle a toujours été le modèle de tous les dévouements. Se con-

saçant à la fois à l'éducation de nos petites filles idiotes, arriérées et épileptiques, et à l'instruction primaire de nos infirmières laïques, qu'elle prépare aux leçons des cours théoriques, M^{lle} Nicolle a apporté dans cette double tâche le même esprit de sacrifice et d'abnégation.

« Les palmes d'officier d'académie et un prix Monthyon ont déjà récompensé ses mérites; vous allez, Monsieur le président, par une distinction plus haute encore, couronner cette noble carrière, et toutes ces femmes qui, dans nos hôpitaux, donnent sans compter leurs fatigues et leurs peines se sentiront honorées et récompensées par cet acte de haute justice. »

M. Carnot s'est alors avancé vers M^{lle} Nicolle et lui a remis la croix de la Légion d'honneur. Il lui a dit qu'il était heureux de récompenser le dévouement opiniâtre avec lequel elle s'est consacrée à l'éducation des petites filles idiotes et épileptiques. Il a ajouté qu'il avait tenu à lire intégralement le rapport à la suite duquel un prix Monthyon lui a été accordé.

Il a terminé ainsi :

« La récompense qui vous est accordée marque l'intérêt que le gouvernement de la République prend à vos services. Elle sera un encouragement pour vos compagnes et pour vous-même à continuer l'œuvre que vous avez si bien commencée. »

Avant de se retirer, M. Carnot a adressé des félicitations au directeur de l'Assistance publique, au directeur de l'établissement et au corps médical. Il a remis au directeur une somme de cinq cents francs destinée à être distribuée aux femmes âgées et indigentes.

CIRCULAIRE DU MINISTRE DE L'INTÉRIEUR SUR LA TRANSMISSION DES PLAINTES ET RÉCLAMATIONS DES ALIÉNÉS.

Paris, le 1^{er} décembre 1887.

Monsieur le Préfet,

M. le garde des sceaux m'informe qu'il est parvenu à son département une plainte formulée par un aliéné, en marge de laquelle se trouvait une annotation du médecin de l'asile indiquant son appréciation sur l'état mental du malade.

Mou collègue désirant rester seul juge de la question de savoir si les réclamations de pareille nature dont il vient à être saisi comportent ou non une communication aux directeurs ou aux médecins des asiles et se réserver le droit de se renseigner sur la valeur de celles-ci par telles voies qu'il juge convenable, m'exprime le désir formel que les lettres des aliénés lui soient désormais adressées closes et sans que l'administration de l'établissement où l'aliéné se trouve en traitement en prenne connaissance préalable.

Je vous serai obligé dans ce cas d'adresser des instructions dans ce sens aux directeurs et médecins des asiles de votre département.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire.
Recevez, etc.

Le Ministre de l'Intérieur,

A. FALLIÈRES.

RECRUTEMENT DES MÉDECINS ADJOINTS DES ASILES
PAR LE CONCOURS.

Le *Progrès médical* (n° du 14 janvier 1888) donne les renseignements suivants :

« Le Conseil des Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance a été saisi dernièrement par M. Monod, directeur de l'assistance publique au ministère de l'intérieur, de l'examen d'un projet tendant à instituer le concours pour le recrutement des médecins adjoints des asiles d'aliénés. Le Conseil a adopté les conclusions conformes d'un rapport de M. le Dr A. Regnard, établissant le concours par circonscriptions régionales qui auront pour chefs-lieux certaines villes possédant des facultés ou des écoles préparatoires de médecine. Le département de la Seine formera une région avec l'adjonction des seuls asiles de Clermont et d'Evreux. Le concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à deux vacances. Les épreuves comprendront une question écrite, éliminatoire dans le cas où le nombre des candidats dépassera trois pour une place, et une question orale. Il sera tenu compte des travaux antérieurs des candidats.

FAITS DIVERS

Aliénation mentale des nègres. — D'après le *Saint-Louis Courier of medicine*, décembre 1887, on compte aux Etats-Unis, parmi les nègres, 1 aliéné par 1,097 individus.

Allemagne. — Le 1^{er} janvier, a été ouverte, à l'établissement pénitentiaire de Moabit (prison cellulaire), une section des maladies mentales confiée au docteur Walfert, médecin aliéniste des provinces Rhénanes.

Autriche-Hongrie. — Une statistique publiée par le *Journal de l'armée et de la marine* dit qu'il y a eu, en 1886, 394 suicides dans l'armée austro-hongroise; sur les 394 suicidés, il y avait 29 officiers, 84 sous-officiers, 281 simples soldats. 53 hommes se sont tués par dégoût du service militaire; 68 par crainte d'une punition: La plupart des suicides ont eu lieu au mois de décembre.

Angleterre. — Une ville chinoise à Londres. Fumeurs et fumeuses d'opium. — *Le Journal des Débats* (n° du 3 février 1888) publie les curieux renseignements suivants que lui envoie son correspondant de Londres :

« *L'Echo* publie, sous la rubrique : « Une ville chinoise à Londres », un intéressant article sur la colonie de Célestes qui se trouve située dans le voisinage des Docks. On se croirait, dit l'auteur de cet article, dans un coin sordide de l'empire du Milieu ; on n'y coudoie que des Chinois, marins pour la plupart, qui vont dans les tripots, dans les boutiques chinoises ou dans les maisons où ils peuvent se livrer à leur vice favori, c'est-à-dire fumer de l'opium.

C'est par les boutiques qu'on pénètre dans ces antres et, dans une seule rue, le rédacteur de *L'Echo* en a compté sept l'un à côté de l'autre. Un de ces établissements, patronné par les lascars, est tenu par une Italienne nommée Angelina, elle-même fumeuse d'opium incorrigible.

Mais il y a aussi des Anglaises qui ont la passion de l'opium. Le rédacteur de *L'Echo* a trouvé une de ses compatriotes qui, mariée à un Chinois, patron d'un de ces *opium-deus*, a fini par succomber à ce terrible vice dont elle ne peut se guérir, malgré tous ses efforts. Voici comment elle raconte son histoire :

« Quand j'arrivai ici, je trouvai cela terrible, et cela me « faisait horreur. Mon mari, puis d'autres, me dirent : « Es-
« sayez ! » Enfin, j'y goûtais, puis encore, et encore, car vous
« ne savez pas comme c'est bon, l'opium, et je finis par en dé-
« sirer encore et toujours. Je ne pouvais plus m'en passer sans
« éprouver d'épouvantables douleurs. Je ne pouvais ni manger,
« ni boire, si je n'avais pas fumé de l'opium ; mais je savais
« que je me tuais, et je pris une résolution hardie. Je partis
« pour la campagne, où je restai auprès d'une tante, là où je
« savais ne pas trouver d'opium.

« Mes souffrances pendant ces trois semaines furent quel-
« que chose d'horrible, puis il me sembla que j'étais guérie.
« Naturellement il m'a fallu revenir ici. C'est comme si l'on
« avait envoyé un ivrogne corrigé dans une taverne. La tenta-
« tion était trop forte. Les fumées de l'opium surmontèrent
« ma résolution, et je recommençai. Je tâche, oh ! de toutes
« mes forces, de me guérir en en prenant moins ; mais ma vo-
« lonté faiblit. Je ferais tout au monde pour échapper à l'opium ;
« mais c'est impossible tant que je resterai ici. »

Je n'ai rien à ajouter à ce tableau terrible. »

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE TEMPÉRANCE

La Société française de tempérance met au concours pour l'année 1889 les sujets suivants :

1° *Prix Lunier*. — Statistiques comparées des débits de boissons dans les différents pays. — Déterminer les rapports entre le nombre des débits de boissons et le développement de la criminalité et de la folie. — Des moyens de restreindre le nombre de ces établissements et de combattre leur influence dangereuse.

Ce prix est de la valeur de 1,000 francs.

2° *Prix de la Société*. — « Le livre des mères, manuel à l'usage des mères désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie. »

La Société française de tempérance demande un petit traité populaire, pouvant trouver sa place dans les bibliothèques à très bon marché, c'est-à-dire à 0 fr. 20 ou 0 fr. 25 cent. le volume de 400 à 120 pages in-32.

Ce petit livre doit être clair, précis, sans dissertations philosophiques et économiques. Il ne doit pas disputer les principes et les méthodes, formuler des lois et résoudre des problèmes, mais répandre seulement et appliquer les préceptes, sans employer les termes techniques de la science.

Un ouvrage de cette nature, s'adressant surtout à la classe ouvrière, doit parler un langage en rapport avec la culture d'esprit de ses lecteurs. Il faut qu'il ait le ton simple, persuasif et familier de la causerie.

Ce prix sera de 1,000 francs.

Les mémoires devront parvenir avant le 31 décembre 1888, à M. le D^r A. MOTET, secrétaire général, 161, rue de Charonne, à Paris.

ENSEIGNEMENT

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le D^r AUGUSTE VOISIN a repris ses conférences cliniques sur les maladies mentales le dimanche 12 février, à 9 heures et demie du matin, et les continue les dimanches suivants, à la même heure.

FAULTÉ DE DROIT DE LYON. — M. le D^r HENRY COUTAGNE, chef des travaux de médecine légale à la Faculté de médecine de Lyon, a commencé à la Faculté de droit de cette ville un cours libre sur *la folie au point de vue judiciaire et administratif*.

La première leçon a eu lieu le 18 janvier.

Pour les articles non signés : ANT. RIVI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique



Projet d'un Congrès annuel des médecins aliénistes français. — L'emprisonnement cellulaire est-il cause de folie? — La simulation de la folie et la loi sur la relégation. — L'allochirie. — De l'état des forces chez les épileptiques. — Des contractions chez les épileptiques. — De la température dans les accès isolés d'épilepsie. — *L'Enfer parisien*, par M. Hugues Le Roux.

Grâce à nos correspondants, nous aurons sans doute l'occasion de revenir souvent sur le projet d'un Congrès annuel des médecins aliénistes français, dont nous avons parlé dans notre dernière *Chronique*, et peut-être arriverons-nous à le faire adopter. Aujourd'hui la parole est à M. le Dr V. Parant, de Toulouse.

Nous avons exclusivement insisté sur l'exemple que nous donnent les aliénistes allemands; notre savant collaborateur, pour qui la littérature médicale de langue anglaise n'a pas de secrets, nous envoie quelques renseignements intéressants, généralement peu connus

chez nous, sur les réunions de même genre qui ont lieu en Angleterre et aux États-Unis. En les reproduisant, nous croyons être utile à nos lecteurs, et équitable pour nos confrères d'outre-Manche et d'au delà de l'Atlantique.

« En Angleterre, la *Medico-psychological Association*, qui est, à certains égards, l'équivalent de notre Société médico-psychologique, tient une réunion annuelle à Londres, où se traitent les intérêts généraux de l'association, et des réunions trimestrielles, en divers points du royaume, qui sont presque exclusivement scientifiques. D'après des renseignements qui m'ont été donnés par un des membres les plus éminents de l'Association, le Dr Hack Tuke, il est d'usage que le secrétaire général prie l'un des membres de préparer un travail sur une question donnée, question d'actualité, qui est l'objet d'une discussion. En outre, chaque membre est libre de présenter tel mémoire qui lui convient; enfin, lorsque la réunion a lieu dans un asile d'aliénés, comme c'était le cas pour la dernière, tenue à Bethlem, il y a des présentations de malades, lesquelles sont d'un intérêt véritable au point de vue clinique. A cette réunion de Bethlem, trente membres environ étaient présents. La discussion a porté principalement sur l'hématome de la dure-mère chez les aliénés, avec pièces anatomiques préparées spécialement pour cette discussion. Les communications principales ont été relatives au traitement des névralgies dans la pratique ordinaire, à quelques modifications du régime des aliénés, à l'emploi de l'expression « folie morale ». La réunion annuelle, tenue à Londres le 27 juillet, comprenait une cinquantaine de membres. La seule discussion importante qui s'y soit élevée, était relative à la législation anglaise sur les aliénés. — Chacune de ces réunions se termine par un dîner simple

« et cordial, auquel prennent part tous les assistants.

« Aux États-Unis, il y a une association des directeurs et médecins des établissements d'aliénés, qui se réunissent une fois chaque année. En 1887, la tenue du Congrès international a fait supprimer le congrès spécial. En 1886, la réunion avait eu lieu à Lexington (Kentucky); car l'association se transporte chaque année dans un centre différent. Trente-neuf membres y étaient présents. Suivant l'usage, le président a ouvert le Congrès par un discours sur quelque partie de la médecine mentale. Il a traité de quelques erreurs théoriques et pratiques sur la folie. Parmi les mémoires principaux qui ont ensuite été présentés, il faut noter les suivants : *De la guérison dans la folie; de la création d'écoles d'infirmiers pour asiles d'aliénés; sur les hallucinations et les illusions*; etc. »

De telles réunions sont évidemment du plus haut intérêt; non seulement on y communique de savants travaux, mais il s'y fait un échange d'idées dont bénéficier la science et la pratique. M. V. Parant a donc raison de souhaiter la création de pareils congrès annuels en France; il est convaincu de leur succès, surtout si la Société médico-psychologique veut les prendre sous son patronage et se charger de leur organisation. C'est aussi notre avis; et lorsque la question sera mise à l'ordre du jour, il sera bon de tenir un compte sérieux de l'idée suivante de notre collègue, qui voudrait voir les réunions se tenir soit dans un asile important, soit près d'un de ces asiles, « où les membres du congrès trouveraient matière à des discussions cliniques plus fructueuses que les discussions purement théoriques, et où, en même temps, ils seraient mieux à même de profiter ou de faire profiter leurs confrères de tous les progrès accomplis, de toutes les réformes impor-

« tantes pour le traitement et l'hospitalisation des
« aliénés. »

Dans la séance de la Chambre des députés du samedi 25 février 1888, M. Millerand, rapporteur du budget de l'administration pénitentiaire, attaquait vivement le système de l'emprisonnement cellulaire et l'accusait surtout de produire la folie. « Voici, disait-il, ce que
« je trouve dans les chiffres d'un rapport fourni en
« 1885 par le médecin en chef de Mazas, qui est loin
« d'être hostile au système cellulaire, c'est que, de
« 1871 à 1884, le nombre des entrées restant le même,
« on a peu près, le nombre des aliénés s'est élevé de
« 16 à 92 par an, c'est-à-dire qu'il a grandi dans une
« proportion effrayante.

« Qu'on ne dise pas que, si le nombre des aliénés a
« augmenté à Mazas, il en a été partout ainsi, et l'alié-
« nation mentale a fait des progrès dans tout le pays!
« J'ai voulu savoir si cette supposition était fondée.
« J'ai consulté les statistiques pénitentiaires depuis
« 1871 pour toute une catégorie d'établissements, pour
« les maisons centrales d'hommes, et j'ai constaté, que,
« depuis 1871 jusqu'en 1884, c'est-à-dire dans la même
« période de temps, non seulement l'aliénation mentale
« n'avait pas augmenté, mais qu'elle a plutôt diminué.

« Par conséquent il est bien certain qu'il y a entre
« le système cellulaire appliqué à Mazas et les résultats
« que je viens de signaler une connexion immédiate. »

Huit jours après, le 3 mars 1888, le Sénat discutait, en première délibération, une proposition de loi portant aggravation de la peine des travaux forcés à perpétuité au cas où elle est substituée à la peine de mort. Cette aggravation consisterait à subir six ans de cellule avant la transportation. M. le sénateur Marcon, principal adversaire de la proposition, considère cet « encellule-

ment pendant six ans » comme une « torture », et est « convaincu qu'au bout de six années on ne retirerait de la cellule qu'un *fou* ou un cadavre ».

Nous n'avons pas à prendre partie sur l'efficacité ou la non-efficacité de l'emprisonnement cellulaire pour la moralisation des criminels ; mais ce qui est du ressort de la médecine mentale, c'est de savoir si réellement ce mode d'emprisonnement peut produire la folie. La question n'est pas neuve, elle a fait l'objet de nombreux travaux de la part des médecins aliénistes, dont le premier en date est, croyons-nous, celui publié, en 1840, dans la *Gazette médicale de Paris* par M. Baillarger. Depuis lors, Ferras, Lélut, Vingtrinier, Sauze, d'autres encore ont discuté la question dans d'importants et savants mémoires, et sont tous arrivés à cette conclusion, qu'il faut regarder comme à peu près nulle l'influence de la prison cellulaire sur le développement de la folie.

Cette sorte d'axiome scientifique est-il confirmé par des statistiques plus récentes ? Les chiffres concernant Mazas, cités dans le discours de M. Millerand, sembleraient lui donner tort ; mais il en est des chiffres comme des faits, ils ont besoin d'être interprétés. C'est ce que, à défaut de M. Millerand, M. J. Lévêillé, professeur à la Faculté de droit de Paris, a fait pour cette statistique de Mazas (V. *Le Temps*, n° du 27 février 1888). Il montre que « Mazas est surtout un lieu de détention « préventive, et que l'aliénation mentale, par des raisons morales, se produit plus aisément au lendemain « de l'arrestation subite des inculpés et de l'effondrement de leur situation sociale. La détention doit faire « plus de fous que l'emprisonnement des condamnés ». Cela est très juste ; et si on consulte le document officiel (1), où M. Millerand a puisé ses chiffres sur le

(1) *Application du régime d'emprisonnement individuel en France*. Paris, 1885. Imprimerie du Journal officiel.

mouvement de l'aliénation mentale dans la prison de Mazas, on y trouvera pour les autres prisons cellulaires de France des renseignements qui confirment pleinement la manière de voir de la majorité des médecins aliénistes. Ces renseignements fournis par les médecins des prisons ont un caractère d'exactitude scientifique, qui ne laisse aucune prise au doute.

Si on fait abstraction de Mazas, il reste treize établissements cellulaires et on ne relève des faits d'aliénation mentale que dans les suivants :

A la prison de la Santé (Paris).	3 cas.
Maison de Justice (Paris).	5
Maison d'éducation correctionnelle (Paris).	3
Maison de correction d'Etampes (Seine-et-Oise).	1
Maison d'arrêt de Pontoise (id.)	4
Maison de correction d'Angers (Maine-et-Loire).	2
Maison d'arrêt de Tours (Indre-et-Loire).	6
Total	<hr/> 24

On arrive à un total de 24 cas de folie, répartis sur sept établissements ; mais comme le font remarquer les médecins, la plupart de ces aliénés étaient ou des prédisposés, ou même des malades dont l'affection avait passé inaperçue avant leur emprisonnement.

Mais dans notre pays n'existe que la cellule à courte durée, et celle-ci n'aurait pas les mêmes inconvénients que la cellule trop prolongée, qui, elle, pousserait à la folie, d'après certains criminalistes, entre autres M. Léveillé. Tel n'est pas l'avis de M. le sénateur Bérenger qui, dans sa réponse au discours de M. Marcon, rappelle que « l'Allemagne autorise la cellule jusqu'à « trois ans ; le code pénal des Pays-Bas en porte le « maximum jusqu'à cinq ans ; la Belgique va bien an

« delà : les travaux forcés et la détention perpétuelle
« s'exécutent d'abord par dix années d'emprisonnement
« cellulaire » ; et cependant, dans aucun de ces pays,
on n'aurait constaté les funestes effets dont a parlé
M. Marcou.

Nous n'avons pas sous la main les statistiques officielles de ces divers pays, qui permettraient de confirmer ou d'infirmer les assertions de MM. Béranger et Léveillé ; mais il est évident que c'est là une question d'étiologie de la folie que l'observation médicale est seule appelée à résoudre.

La loi sur la relégation est à peine mise en vigueur, qu'elle intéresse déjà — d'une façon indirecte, il est vrai — les médecins aliénistes. C'est ce que démontre M. le D^r Paul Garnier dans le curieux article qu'il vient de publier dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (n° de février 1888. *La simulation de la folie et la loi sur la relégation*).

Il en est un certain nombre, parmi les récidivistes destinés à être relégués, qui, ne tenant pas « à partir pour leur pays de sauvages », selon l'expression d'un d'entre eux, essaient de se soustraire à ce voyage en simulant la folie. Notre collègue cite plusieurs exemples intéressants de ces simulateurs, qu'il a réussi à démasquer. « Ça n'a pas pris ! » s'écrie avec dépit un des démasqués. Nous désirons que ça ne prenne jamais, et pour cela il suffira d'appliquer avec sagacité les règles si bien établies par M. le D^r A. Laurent, dans sa savante *Étude médico-légale sur la simulation de la folie* (Paris, 1866), et de bien tenir compte des indications si nettes et si utiles que la pratique a suggérées à M. Paul Garnier et dont il a tiré un si bon parti dans les cas qui lui ont été soumis.

M. H. Obersteiner publiait, en 1881, dans le *Brain* (n° de juillet), un curieux travail sur un genre particulier de trouble sensoriel qu'il appelait du nom bizarre d'*allochirie* (1), et qui consiste dans la perception d'une sensation dans le côté du corps opposé au point où l'excitation a lieu. La sensation est localisée dans le point symétrique de l'autre moitié du corps. Ainsi, on touche une des chevilles de la jambe droite, et le patient, les yeux fermés, sent le contact dans la région correspondante de la jambe gauche.

De nombreux faits de ce genre ont été publiés depuis lors, et des théories échafaudées pour les expliquer; mais il est à remarquer que dans la généralité des observations rapportées il s'agissait toujours de la perception croisée des sensations cutanées. M. Gellé a récemment communiqué à la Société de biologie (séance du 14 janvier 1888) un intéressant cas d'*allochirie* auditive. Il s'agit d'une jeune femme atteinte de vertige de Ménière avec hyperesthésie douloureuse de l'oreille gauche et qui offre à l'auscultation de l'oreille un bruit intense de pianlement, bruit vasculaire que l'on trouve tout le long de la carotide droite; le phénomène sonore est remarquable d'intensité. Or, la malade ne le perçoit pas à droite, mais bien à gauche exclusivement, du côté de l'organe hyperesthésié, où cependant l'on ne constate aucun bruit à l'otoscope. Donc le sujet rapporte à gauche un bruit manifestement né à droite.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans l'essai d'explication qu'il donne de ce fait; nous préférons citer les faits analogues dont sa communication a suscité la publication. Ainsi, à la séance suivante, celle du 21 janvier 1888, M. Paul Magnin est venu apporter un cas d'*allochirie*

(1) V. analyse de ce travail, faite par le Dr R. de Musgrave Clay, dans les *Annales médico-psychologiques*, n° de novembre 1883, p. 500.

visuelle chez une hystérique hypnotisée, et M. Ch. Féré d'intéressantes expériences faites sur l'allochirie du sens musculaire dans un cas d'hémi-anesthésie hystérique. Notre savant collègue place un myographe à transmission muni d'un excitateur électrique sur un muscle du côté anesthésique à la faradisation; et, sur le muscle symétrique du côté opposé, on place un autre myographe simple.

« Si on pratique une série d'excitations (du côté anesthésique) au degré 7 de l'échelle de Dubois-Reymond, on ne voit inscrire sur le cylindre que des secousses du muscle faradisé; mais lorsqu'on augmente l'intensité de l'excitation jusqu'au degré 5, on voit que le style qui correspond au myographe placé sur le muscle non faradisé, s'anime aussi de secousses qui sont, il est vrai, plus faibles que celles de l'autre myographe. Même si on n'aperçoit aucun mouvement dans ce muscle non faradisé, le sujet, qui ne sent pas les mouvements beaucoup plus considérables du muscle excité, a une notion très nette de ceux qui se passent dans le muscle congénère du côté sensible.

« Si l'on répète l'expérience après avoir rétabli la sensibilité totale du sujet par un œsthésiogène quelconque, les mêmes phénomènes moteurs se reproduisent des deux côtés, mais la malade ne sent plus que les mouvements du muscle faradisé et non ceux de son congénère. »

Tous ces faits et expériences sont curieux et intéressants; mais ils ne résolvent pas encore le problème qui consiste à savoir dans quelles circonstances se produit la perception d'une sensation dans le côté opposé au point où l'excitation a lieu.

Pourquoi les Grecs appelaient-ils l'épilepsie le mal d'Hereule? Est-ce, comme le veut Aristote, parce que

Hercule en avait été affecté, on, comme l'enseigne Galien, parce que cette maladie est aussi indomptable que le héros lui-même avait été invincible? N'est-ce pas plutôt parce qu'on prétendait que les sujets qui en sont atteints offrent une constitution athlétique? En supposant que cette dernière explication soit la meilleure au point de vue historique, il faut, après les recherches récentes de M. Ch. Féré, la rejeter au point de vue scientifique; l'étude approfondie de l'état des forces chez les épileptiques lui a permis de démontrer que ces malades ne sont vigoureux que dans leurs manifestations morbides (Société de biologie, séance du 14 janvier 1888).

Notre savant confrère a d'abord constaté, sur les nombreux épileptiques de son service de Bicêtre, que la force musculaire mesurée au dynamomètre était inférieure à celle des individus sains : tandis que 100 individus sains de vingt à cinquante ans donnent une pression dynamométrique de 53 pour la main droite et de 48 pour la main gauche, 100 épileptiques de même âge ne donnent que 36 et 32, c'est-à-dire que chez les épileptiques il y a une infériorité de 31 p. 100 pour la main droite et de 32 p. 100 pour la main gauche.

M. Ch. Féré, cette constatation faite, a recherché quelles modifications faisaient subir à l'état des forces les différentes manifestations du mal comitial. Commencant par l'aura, il a enregistré une diminution de la force dynamométrique au moins d'un côté. La même diminution s'observait après l'accès complet ou incomplet, aussi bien qu'après un simple vertige; et il est à remarquer qu'elle était en général prédominante dans un des côtés du corps, et précisément dans celui où les convulsions prédominent. Dans un seul cas, il y avait une augmentation de 24 p. 100 à gauche et de 15 p. 100 à droite; il s'agissait d'un malade atteint de vertige épileptique suivi d'hallucinations; mais, fait curieux, le

même malade, à la suite de l'accès non suivi de troubles psychiques apparents, a offert une diminution de 30 p. 100 à droite et de 50 p. 100 à gauche,

Poussant plus loin ses observations, M. Ch. Féré a recherché dans quelle mesure cet affaiblissement peut se prolonger, et il a trouvé que, chez quelques sujets, il en reste des traces pendant toute la journée qui suit l'accès. En général, les forces ne reviennent guère à leur état normal moins d'une demi-heure après l'accès ; mais l'épuisement est encore très appréciable chez la plupart après trois quarts d'heure.

Enfin, une dernière série d'explorations dynamométriques lui permet de conclure que la diminution de la force musculaire est plus marquée à la suite des accès nocturnes que des accès diurnes. Cette différence, qui peut aller jusqu'à 50 p. 100, est en moyenne pour la main droite de 18 p. 100 et pour la main gauche de 21 p. 100. Ce résultat vient à l'appui de l'opinion des auteurs qui pensent que les accès de nuit sont en général plus intenses.

Si l'on consulte les livres classiques, on y apprend que les contractures s'observent très rarement à la suite d'une attaque convulsive. Tel n'est pas l'avis de M. G. Lemoine, professeur agrégé à la Faculté de Lille, qui, dans une communication faite à la Société de biologie (séance du 4 février 1888), nous apprend que ce genre de contractures est beaucoup plus fréquent qu'on ne le suppose. Notre savant collaborateur range celles qu'il a eu l'occasion d'observer en deux catégories :

« 1° Les unes sont des contractures permanentes. Les membres sont contracturés, soit dans l'extension, soit dans la demi-flexion, et assez fortement pour opposer une résistance presque invincible aux mouvements qu'on veut leur faire exécuter. Elles s'observent

immédiatement après la période convulsive, sans que l'accès ait présenté de particularités pouvant les faire prévoir.

« Ces contractures sont plus fréquentes et plus prononcées aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Elles sont rarement généralisées, et ne se montrent d'habitude que dans les membres d'un seul côté, bien que pendant l'accès les convulsions aient paru aussi violentes d'un côté que de l'autre. Leur durée, très variable, est de quelques minutes à quelques jours.

« 2° Une autre variété de contractures présente le caractère spasmodique et se rapproche du type décrit par Brissand sous le nom de contracture latente; tous les mouvements volontaires sont libres, et le malade les exécute sans que la moindre raideur musculaire vienne les limiter. Mais si l'on saisit un des membres, il se contracte aussitôt dans la position où on l'a surpris et on ne peut ni le fléchir ni l'étendre. Si on exerce un effort suffisant pour vaincre sa résistance, la contracture cède peu à peu, et il est en même temps le siège d'une série de spasmes ou de secousses rythmées. Dès qu'il n'est plus soumis à la pression de la main, ses mouvements deviennent libres et la contracture disparaît. Elle semble donc de nature réflexe et sous la dépendance de la compression exercée sur les masses musculaires. »

Un fait qui semblait acquis à la science depuis les savantes recherches de M. le Dr Bourneville, c'est l'élévation de la température centrale pendant et après l'accès d'épilepsie. Tout récemment, un auteur allemand, M. Witkowski a eu devoir contester ces conclusions et poser en principe que l'accès d'épilepsie n'exerce généralement aucune action sur la température du malade, bien plus, que les séries d'accès peuvent évoluer sans déterminer de fièvre. M. Bourneville a répondu à

ces assertions en publiant dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de neurologie*, une liste de plus de deux cents cas, qui prouvent que les règles qu'il a posées autrefois ne souffrent que de rares exceptions. M. le Dr Georges Lemoine donne, à son tour, dans le *Progrès médical* (n° du 4 février 1888), le relevé de 182 observations, qui ne laisse aucun doute sur l'exactitude de la loi établie par les recherches de M. Bourneville, que *les accès isolés d'épilepsie augmentent la température centrale*. Cette augmentation oscille entre un dixième de degré et un degré et demi : la température normale du sujet étant, par exemple, de 37°5, elle pourra s'élever, au moment de l'accès, à un chiffre intermédiaire entre 37°6 et 39°. La moyenne de l'ascension thermique est de 0,7.

Nous renvoyons nos lecteurs au travail de M. Lemoine pour les autres conclusions qu'il a tirées de ses recherches, qui trouveront désormais place à côté de celles, si patientes, de notre collègue de Bicêtre.

On n'a pas oublié la campagne violente de la presse contre les médecins aliénistes à l'occasion de l'affaire Seillière ; certains écrivains avaient même à ce propos renouvelé leur vocabulaire d'injures, assez riche cependant pour leur besogne ordinaire. Les assertions les plus étranges sur le régime des aliénés furent émises dans les journaux et à la tribune de la Chambre des députés ; la science et l'honorabilité de collègues aimés et estimés de tous furent sottement méconnues. Il est si facile de parler de ce qu'on ignore, et d'attaquer qui ne peut se défendre, retenu qu'il est par le secret professionnel.

A cette œuvre de dénigrement acharné, bien des plumes ont travaillé ; il s'en est trouvé heureusement quelques-unes qui ont essayé d'éclairer l'opinion publique et ont en partie réussi. Parmi ces défenseurs bé-

névoles, nous devons signaler tout particulièrement M. Hugues Le Roux, le brillant et spirituel chroniqueur du *Temps*. Pour faire œuvre de conscience, il a agi en homme de science, il a voulu voir par lui-même. Visitant avec soin et sans idée préconçue la plupart des grands établissements d'aliénés de la Seine, il a pu se convaincre que le sort des aliénés n'est pas ce qu'un vain peuple pense, que les médecins qui les soignent font des sentiments d'humanité l'application la plus sage et la plus étendue, et que s'il y a encore des progrès à réaliser dans le service qui leur est confié, les obstacles viennent moins de leur fait que de la nature des choses. S'il a étudié en curieux le fonctionnement des asiles, les manières de vivre de ceux qui y sont traités, leurs formes délirantes, il a vu en artiste et reproduit avec une exactitude saisissante les tableaux qui ont passé sous ses yeux. Qu'on ajoute à cela de brillantes qualités de style et une teinte de mélancolie dont reste imprégné tout cœur, même le moins pessimiste, au spectacle des misères humaines, et on comprendra le succès obtenu par la série des chroniques de M. Hugues Le Roux, consacrée aux aliénés.

Elles viennent d'être reproduites dans un volume intitulé *L'Enfer Parisien*. Ceux qui les ont déjà lues referont avec plaisir ce voyage d'un artiste à travers les asiles parisiens, depuis l'Infirmierie spéciale du dépôt près la Préfecture de police jusqu'à la maison de santé de Vanves, en passant par la Maison nationale de Charenton, l'asile Sainte-Anne, etc. On s'arrêtera sans doute devant le portrait si ressemblant (p. 315) de notre excellent maître M. J. Falret, « le geôlier du baron Scillière », que nous regrettons de ne pouvoir reproduire faute de place. Avec tous les amis — et ils sont nombreux — du savant médecin de la Salpêtrière, nous avons été heureux de l'hommage rendu par M. Hugues

Le Roux à la droiture de son caractère et à son honorabilité incontestée ; et cet acte de justice, après les violentes attaques dont il a été victime, nous a profondément touché.

En recommandant l'*Enfer Parisien* à nos lecteurs, nous remplissons donc un devoir de gratitude à l'égard de son auteur ; mais nous rendons aussi un service, dont ils nous sauront gré, à nos confrères curieux des singularités de la vie parisienne ; ils en trouveront de genres très variés, s'ils veulent bien feuilleter l'intéressant volume de M. Hugues Le Roux. Ils ne pourront s'empêcher de s'arrêter au chapitre intitulé : « *Les détraqués* », qui les conduira successivement dans une fumerie d'opium à Paris, dans les salons spirites, chez un astrologue en chambre, etc. N'est-ce pas une promenade intéressante ? Et n'y a-t-il pas plaisir à la faire en compagnie d'un guide aussi spirituel que bien renseigné ?

A. R.

Pathologie.

DU

DÉLIRE DES GRANDEURS

DANS LA

FOLIE DES PERSÉCUTIONS (1)

Par M. le Dr A. MAIRET,

Agrégé chargé de la Clinique des maladies mentales et nerveuses;
Médecin en chef de l'Asile public d'aliénés de Montpellier.

Messieurs,

Dans nos précédentes leçons, nous avons vu la folie des persécutions se préparer, éclore, se développer, et nous avons étudié sous toutes ses faces le délire des persécutions caractéristique à ce moment de cette aliénation mentale. Nous avons à rechercher maintenant ce que devient cette dernière.

D'après certains auteurs, aux phases que nous avons étudiées jusqu'à présent en succéderait fatalement une autre caractérisée par l'apparition d'un délire tout différent de celui que vous connaissez maintenant, par l'apparition d'un délire des grandeurs : le persécuté deviendrait un mégalomane.

Que penser de cette manière de voir? Telle est la

(1) Leçons cliniques recueillies par M. Avrilleaud, médecin de la marine.

question que je veux chercher à résoudre avec vous, en l'étendant toutefois au délire des grandeurs envisagé d'une manière générale dans la folie des persécutions. Il peut se faire, en effet, vous le savez, que ce délire existe dans cette dernière maladie sans constituer une phase distincte.

Cette question est toute d'actualité, elle remonte à quelques années à peine, et elle fait en ce moment même l'objet d'une intéressante discussion devant la Société médico-psychologique.

L'association possible du délire des grandeurs au délire des persécutions dans la folie de ce dernier nom ne fait doute pour personne ; la clinique l'affirme. Déjà je vous ai présenté des malades chez lesquels cette association est on ne peut plus nette. Par conséquent, pas de discussion, pas d'hésitation à ce sujet ; le délire des grandeurs peut s'associer au délire des persécutions. Mais à part ce fait bien établi, les problèmes qu'il soulève sont loin encore d'être résolus.

Ces problèmes sont au nombre de trois, qui peuvent être formulés de la manière suivante :

1° Le délire des grandeurs est-il un symptôme obligé de la folie des persécutions ; la phase mégalomaniaque est-elle une phase obligée de cette dernière maladie ?

2° Quelle est la genèse du délire des grandeurs dans la folie des persécutions ?

3° Comment est caractérisé le délire des grandeurs dans la folie des persécutions ; comment se comporte-t-il vis-à-vis du délire des persécutions ?

Nous examinerons successivement chacun de ces problèmes et nous chercherons à les résoudre en faisant appel à l'observation clinique. Voyons d'abord le premier.

I

LE DÉLIRE DES GRANDEURS EST-IL UN SYMPTÔME OBLIGÉ DE LA FOLIE DES PERSÉCUTIONS? LA PHASE MÉGALOMANIAQUE EST-ELLE UNE PHASE OBLIGÉE DE CETTE DERNIÈRE MALADIE ?

Je vous l'ai dit, différents auteurs veulent que la phase mégalomaniaque soit une phase obligée de la folie des persécutions. Parmi ces auteurs, je vous citerai M. Magnan, qui pense que le délire chronique, qui comprend la folie des persécutions, suit magistralement une marche régulière, méthodique, marquant quatre étapes bien distinctes : une première d'incubation ; une seconde de systématisation commençante, ou phase du délire des persécutions ; une troisième de systématisation de plus en plus complète et caractérisée par le délire des grandeurs, c'est la phase mégalomaniaque ; une quatrième enfin, de dissolution ou de démence.

D'autres médecins, tout en reconnaissant, ce que d'ailleurs avait déjà vu Morel, que le délire des persécutions peut se transformer en délire des grandeurs, dénie à la folie des persécutions cette évolution mathématique que lui assigne M. Magnan.

Parmi ces médecins, je vous signalerai M. Falret, qui, avant M. Magnan, s'était occupé de la question de la transformation du délire des persécutions en délire des grandeurs, et qui regarde cette transformation comme fréquente, mais non constante ; elle n'existerait que dans le tiers des cas environ.

Je n'insiste pas davantage sur ce côté historique, vous renvoyant, pour plus de détail à ce sujet, aux *Annales médico-psychologiques*, où vous trouverez, dans les numéros de l'année dernière et de cette année, la discussion dont je vous ai déjà parlé, et qui se poursuit

encore devant la Société médico-psychologique. Je vous recommanderai en outre la lecture du récent et excellent article du *Dictionnaire* de Dechambre sur la « Folie des persécutions », article dû à la plume élégante de M. Ritti.

Je n'insiste pas davantage, dis-je, sur le côté historique de la question dont nous poursuivons actuellement la solution et, pour arriver à celle-ci, j'invoque immédiatement la clinique. Voyons s'il n'y a pas des cas de folie des persécutions qui peuvent parcourir toute leur évolution sans aboutir à la mégalomanie, sans se compliquer de délire des grandeurs.

En 1884, mourait à l'asile, à l'âge de soixante-cinq ans et à la suite d'une attaque d'apoplexie, un malade qui y était entré en 1865, c'est-à-dire dix-neuf ans auparavant, pour y être soigné d'une folie des persécutions.

M..., fils d'un père atteint, lui aussi, d'une folie des persécutions ayant abouti à la démence et à une hémiplegie, était un homme moyennement intelligent, économe, mais qui se livrait aux excès alcooliques. Ouvrier mineur, il avait amassé un petit pécule avec lequel il acheta un cheval et une voiture et se fit roulier. Ce nouveau métier alla bien d'abord, mais les déboires arrivèrent, et bientôt la ruine; M... réalise alors une folie des persécutions qui nécessite son admission à l'asile.

M... entend des voix qui lui disent des injures, qui se moquent de lui et le plaisantent sur son internement; il entend surtout la voix de ses frères qui lui doivent de l'argent et se réjouissent de n'avoir pas à s'acquitter envers lui. Il entend aussi la voix de trois prêtres, ses persécuteurs, et celle de l'interne du service, qu'il prend pour le fils de son principal ennemi. M... a en outre de nombreux faux jugements, peut-être même des illusions de la vue; il croit souvent reconnaître dans les malades

qui l'entourent des personnes du dehors envoyées pour le surveiller; de plus, il refuse toute nourriture autre que la nourriture commune, parce qu'il craint qu'on l'empoisonne; il en est de même des remèdes.

Mécontent de tout et de tous, M... écrit lettre sur lettre aux autorités pour se plaindre des torts qu'on lui fait, et protester de la parfaite lucidité de son esprit.

Pendant dix ans, l'état qui précède persiste sans changement important, sans qu'on ait jamais constaté d'idées de grandeur.

A ce moment, les perversions sensorielles s'atténuent, et en même temps apparaît un peu d'affaiblissement intellectuel, affaiblissement qui se traduit moins par une perte de la mémoire que par un enchaînement moins logique des idées délirantes; le délire est plus incohérent. Mais M... conserve toujours ses mêmes idées de persécution, il reste récriminateur, continue à accumuler lettre sur lettre, et écrit même un journal dans lequel il expose ses griefs et ses prétendues persécutions. Cet état se maintient tel jusqu'au moment de la mort, survenue, je vous l'ai dit, dix-neuf ans après l'entrée dans l'établissement. Dans les derniers temps du séjour de M... à l'asile, la démence avait fait des progrès, la mémoire était notablement atteinte. Eh bien, pas plus pendant ces neuf dernières années que pendant les dix premières, M... n'a présenté des idées de grandeur.

Ainsi, voilà un homme qui est resté dix-neuf ans à l'asile, qui y est mort en état de démence, mais toujours atteint des mêmes idées de persécution et qui, pendant tout ce temps, non seulement n'est pas arrivé à la phase mégalomaniacque, mais n'a présenté aucune idée de grandeur.

Cette première observation connue, étudions-en une seconde:

B... est un héréditaire, une de ses tantes paternelles est morte aliénée, sa mère est une hystérique. Homme intelligent, d'un caractère bienveillant mais réservé et peu communicatif, B... est sobre, rangé et a une excellente conduite. A vingt-cinq ans et demi il réalise, sans cause morale et sans cause physique exactement déterminées, une folie des persécutions qui nécessite, dix-huit mois plus tard, son admission à l'asile.

B... s' imagine qu'on cherche à le compromettre, qu'on essaie d'attenter à sa vie en lui faisant prendre à son insu des drogues malfaisantes ; les personnes qui l'entourent s'occupent de lui, l'insultent ; mais ce sont là des peccadilles ; ce dont il se plaint le plus ce sont des atroces souffrances que lui font endurer les habitants de Saint-Quentin, ville qu'il habitait lorsque le délire a commencé à apparaître. Malgré l'énorme distance qui sépare Montpellier de Saint-Quentin, les habitants de cette dernière ville parviennent, grâce à une machine électrique, à lui donner des sensations excessivement douloureuses dans diverses parties du corps, et plus particulièrement des contractions musculaires extrêmement pénibles. Il refuse tout traitement, parce qu'on ne lui donne que des substances malfaisantes et propres à accroître ses tourments ; consécutivement l'agitation et l'irritabilité sont extrêmes.

Au bout d'un an et demi de séjour à l'asile, les perceptions sensorielles, l'agitation et l'irritabilité s'atténuent ; B... est toujours un persécuté, mais il accepte passivement ses persécutions. Il est rendu à ses parents qui le réclament et vit ainsi quelque temps au milieu d'eux ; mais une nouvelle recrudescence du délire se produit, et B... doit rentrer une seconde fois à l'asile, présentant les mêmes symptômes que précédemment.

L'agitation tombe assez vite, et alors une certaine transformation s'opère dans le délire ; les idées de per-

sécution persistent toujours, se rattachant à des perversions de l'ouïe, du toucher, de la vue et de la sensibilité générale; mais à ces idées premières s'ajoutent quelques idées religieuses, sans aucune direction ambitieuse; B... au contraire est humble, doux, obéissant, et cela sans hypocrisie. Il existe en outre chez lui de l'automatisme.

Bientôt après, apparaît nettement un affaiblissement radical de l'intelligence. Et lorsque, treize ans après sa première entrée à l'asile, quatorze ans et demi après le début de l'aliénation mentale, cet homme quitte l'établissement, la démence était considérable, le délire était très réduit, et, pendant tout ce temps, aucune idée de grandeur n'a été constatée chez lui.

Voilà donc un second cas de folie des persécutions qui arrive à son terme, la démence, sans passer par la phase mégalomaniacque, sans qu'il y ait même d'idées de grandeur.

Un autre fait encore :

Il y a quelques jours, vous vous en souvenez, nous faisons l'autopsie d'une persécutée à direction hypochondriaque. Cette malade, qui est restée dix ans à l'asile et qui est morte dans un état cachectique, cette malade dont l'intelligence était affaiblie lors de la mort, n'a jamais présenté, elle non plus, de délire des grandeurs.

Mais je m'arrête, les exemples qui précèdent sont suffisants, ce me semble, pour vous convaincre que la folie des persécutions peut parcourir toute son évolution, sans passer par la phase du délire des grandeurs, sans qu'on y rencontre même aucune trace de ce dernier délire. Ces exemples me paraissent absolument démonstratifs, absolument certains. A moins toutefois que vous leur fassiez l'objection que, si j'en crois le discours qu'il a prononcé devant la Société médico-psy-

chologique, leur ferait peut-être M. Briand ; et que vous me disiez :

Si les persécutés dont vous venez de nous parler « ne sont point arrivés à leur période de systématisation orgueilleuse que nous revendiquons pour eux, c'est que la mort les a surpris avant la maturité de leur délire ».

Mais non, vous ne me ferez pās cette objection, le délire de nos malades était plus que mūr, la démence existait chez eux et elle était assez marquée pour empêcher toute nouvelle idée délirante de se produire ; la folie des persécutions était arrivée à sa dernière période, à la démence, sans avoir passé par la phase mégalomaniaque.

D'ailleurs, songez que M... a pu être observé pendant dix-neuf ans, B... pendant treize ans, notre autre malade pendant dix ans, c'est-à-dire pendant un temps suffisant, ce me semble, pour permettre au délire d'arriver à sa pleine maturité. Et s'il fallait pour vous convaincre une observation plus prolongée encore de folie des persécutions arrivée à son terme ultime sans phase mégalomaniaque, sans idées de grandeur, je pourrais vous rapporter tout au long l'histoire pathologique d'un persécuté qui est resté pendant trente-trois ans, entendez-vous bien ? pendant trente-trois ans à l'asile.

Dans cette histoire écrite par le malade lui-même deux ans environ avant sa mort, dans cette histoire où s'étale tout un système philosophique, pour expliquer les nombreuses persécutions qu'on lui a fait subir, vous ne retrouverez aucune trace de délire des grandeurs ; et, en effet, cet homme n'en a jamais eu. Mais c'est inutile, n'est-ce pas ? les faits que je vous ai rapportés suffisent ; votre opinion est faite, et à la question que nous nous sommes posée, vous répondrez certainement avec moi :

Non, la phase mégalomaniaque n'est pas une phase

obligée de la folie des persécutions ; bien plus, cette aliénation mentale peut parcourir toute son évolution sans qu'on constate d'idées de grandeur.

Mais si la folie des persécutions peut parcourir toute son évolution sans arriver à la phase mégalomaniaque, sans qu'on constate même d'idées de grandeur, il n'en est pas moins vrai que l'existence de ces dernières idées y est relativement fréquente.

Quelle est leur fréquence ?

C'est là une question que nous devons chercher maintenant à résoudre.

J'ai réuni, parmi mes dossiers, cinquante-deux observations de folie de persécution. Sur ces cinquante-deux cas, vingt-deux fois, c'est-à-dire quarante-deux fois pour cent, ont été constatées des idées de grandeur ; trente fois, c'est-à-dire cinquante-sept fois pour cent, il n'en existait pas. Ces chiffres, au point de vue de la fréquence du délire des grandeurs dans la folie des persécutions, dépasseraient un peu ceux donnés par M. Falret, qui admet que ce délire survient dans le tiers des cas environ. Mais j'attache peu d'importance à ma statistique : d'abord, parce qu'elle porte sur un très faible chiffre ; ensuite, parce qu'il m'est indifférent, à moi médecin, que ce soit vingt fois, trente fois, quarante fois pour cent ou plus que se produisent les idées de grandeur dans la folie des persécutions ; ce qui m'importerait davantage, c'est de savoir dans quels cas ces idées se produisent.

Comme solution donc au premier problème que nous venons d'étudier, nous dirons :

Le délire des grandeurs est relativement fréquent dans la folie des persécutions ; mais ce délire n'est pas un symptôme obligé de cette aliénation mentale, la phase mégalomaniaque n'est pas une phase obligée de la folie des persécutions.

II

GENÈSE DU DÉLIRE DES GRANDEURS DANS LA FOLIE
DES PERSÉCUTIONS

Deux théories se partagent la faveur des médecins pour expliquer la genèse des idées de grandeur dans la folie des persécutions : l'une qu'on désigne sous le nom de théorie par *déduction logique*, l'autre qu'on peut appeler la théorie par *genèse spontanée*.

Je dis que ces deux théories se partagent la faveur des médecins, j'ai tort ; comme il n'y a, en effet, entre elles aucun antagonisme, les auteurs admettent que la formation du délire des grandeurs peut se produire tantôt par un procédé, tantôt par l'autre, c'est-à-dire tantôt par déduction logique, tantôt par spontanéité.

Voyons en quoi consistent ces deux théories.

La première, celle par *déduction logique*, a été formulée par M. Foville de la manière suivante :

« Frappés du peu de rapport qui existe entre leur position bourgeoise et la puissance dont leurs ennemis doivent disposer pour les atteindre en dépit de tout ; entre le rôle effacé qu'ils jouent dans le monde et les mobiles impérieux qui seuls peuvent expliquer l'acharnement avec lequel on les poursuit, quelques-uns de ces malades finissent par se demander si réellement ils sont aussi peu importants qu'ils le paraissent. Une nouvelle perspective s'ouvre à leur esprit tourmenté ; ce n'est plus la personnalité des autres, c'est leur propre personnalité qui se transforme à leurs yeux. Pour qu'on les attaque comme on le fait, il faut, se disent-ils, que l'on ait un intérêt à agir ainsi, et si l'on a un si grand intérêt à les perdre, c'est qu'ils portent ombrage à quelque personnage riche et puissant ; c'est qu'ils auraient droit eux-mêmes à une richesse et à une puissance dont ils

sont frauduleusement dépouillés ; c'est qu'ils appartiennent à un rang élevé dont les circonstances plus ou moins mystérieuses les ont écartés ; c'est que les gens qu'ils avaient considérés comme leurs parents ne sont pas leurs parents véritables ; c'est qu'eux ils appartiennent en réalité à une famille de premier ordre, à une souche royale le plus souvent. »

Bref, d'après cette théorie, par suite d'un travail de leur esprit, les persécutés, ne trouvant pas de rapport entre leur condition sociale et les persécutions qu'on leur fait subir, arriveraient par déduction à se croire de grands personnages et à constituer un délire des grandeurs.

D'après la seconde théorie, la théorie par *genèse spontanée*, le délire des grandeurs se produirait d'une manière presque instantanée, par génération subite.

« Ainsi, dit M. Ritti, on voit des persécutés se réveiller, du jour au lendemain, grands seigneurs, princes ou empereurs. Comment cela s'est-il fait ? On ne le sait. Dans la plupart des cas, un fait futile, un mot entendu, un article de journal, un rien fait germer tout à coup l'idée ambitieuse dans l'esprit du persécuté. Tel ce malade d'Esquirol, qui, « sortant d'un café où il avait lu un journal dans lequel il était question du *faux-dauphin*, s' imagine être le fils de Louis XVI, se rend aux Tuileries, pénètre jusque dans les appartements du roi, afin de réclamer ses droits. » Depuis lors, ce malade, convaincu de cette idée ambitieuse, fait des proclamations au peuple français, etc.

« Fréquemment aussi, l'idée délirante ambitieuse est suggérée par l'hallucination de l'ouïe, par une voix. Tel ce malade de M. Foville, dont Legrand du Saulle rapporte l'observation, à qui « les voix apprennent qu'il est par le sang et par le talent le descendant direct de Raphaël. » Le même phénomène se produit dans le

fait suivant, publié par M. Paul Garnier. Il s'agit d'une persécutée qui entend « un jour dire à côté d'elle : — Voilà la Reine de France ; depuis ce moment, elle se croit reine et accuse les prêtres de la persécuter pour garder le pouvoir ; ils la poussent à la débauche pour la rendre indigne de régner ».

Ces deux théories vous étant connues, voyons si elles rendent bien compte de la genèse du délire des grandeurs dans la folie des persécutions.

Pour cela, faisons de nouveau appel aux faits.

La malade que vous avez devant vous était autrefois une persécutée ; aujourd'hui, c'est une mégalomane. Elle est la fille du vicomte de T..., elle est riche à millions, elle parle de sa nombreuse domesticité, de ses chevaux, et réclame sa sortie pour aller habiter son magnifique hôtel, et pour se venger des personnes qui autrefois la persécutaient. Demandez à cette femme comment se sont produites les idées de grandeur qu'elle vient de vous exprimer, et tout d'abord comment elle a appris qu'elle était la fille du vicomte de T... ? C'est cette idée, en effet, qui a été le point de départ de son délire mégalomane. Voici ce qu'elle vous répondra :

Un jour, dans une des cours de l'hôpital, elle rencontra deux messieurs qui causaient entre eux et elle entendit ou s'imagina entendre l'un d'eux dire : « C'est ma fille. » M^{me} G..., s'empare alors de cette phrase, se l'applique et, croyant reconnaître dans la personne qui l'avait prononcée le vicomte de T..., elle devient sa fille. Puis, son esprit travaille sur cette idée et la malade cherche à s'expliquer et à expliquer aux autres comment elle qui, jusque-là, s'est appelée M^{lle} J..., puis plus tard M^{me} G..., est la fille du vicomte de T... C'est bien simple : Elle a été changée en nourrice ; son père, pour des raisons de famille, n'a pu ou n'a voulu jusque-

là la reconnaître, mais maintenant ces raisons n'existent plus et il l'a reconnue.

Par conséquent, jusqu'ici tout semble prouver que c'est bien suivant un des deux procédés indiqués plus haut, ou même suivant ces deux procédés combinés, que s'est réalisé chez cette malade le délire des grandeurs. En effet, c'est à la suite d'une perversion de l'ouïe ou peut-être d'un faux jugement que M^{me} G... est arrivée à se croire la fille du vicomte de T... Partant de là, son esprit travaille et, de déduction en déduction, elle en arrive à constituer et à expliquer toute sa mégalomanie.

Mais une étude plus attentive de l'aliénation mentale de G... ne tarde pas à démontrer que, dans ce cas, la fausse interprétation ou l'illusion de l'ouïe n'a été qu'une cause occasionnelle au développement de la mégalomanie; les idées de grandeur étaient en germe chez cette femme dès le début de l'aliénation mentale.

A ce moment, en même temps qu'elle entendait des voix qui la couvraient d'injures, lui reprochaient toutes espèces d'horreur, elle entendait d'autres voix qui lui disaient qu'elle était une institutrice, une grande dame et que, « comme les riches, elle devait aller se promener à Marseille, en Italie, etc. » Elle se complaisait alors à nous raconter ces dernières perversions sensorielles, et c'était avec une fausse modestie qu'elle nous disait : « Comprenez-vous cela, moi qui ne suis qu'une gavache ? »

Et, en étudiant cette malade dans sa tenue, dans ses gestes, dans la manière de s'exprimer, et cela même alors que les idées de persécution étaient excessivement intenses et paraissaient résumer toute la scène morbide, le doute n'était pas possible, il existait chez elle un sentiment de supériorité; les idées de grandeur étaient en germe dès le début de la maladie. De sorte

que, dans ce cas, l'illusion de l'ouïe n'a été qu'une causé provocatrice au point de vue de l'éclosion du délire des grandeurs, délire que la déduction logique a complété ultérieurement.

Eh bien ! dans tous les cas où le délire des grandeurs s'est produit dans le cours de la folie des persécutions et où j'ai pu suivre, comme chez M^{me} G..., le développement de la maladie, j'ai retrouvé ce délire ainsi plus ou moins marqué dès le début ; la spontanéité n'est donc qu'apparente, la déduction logique est secondaire.

Mais il est nécessaire que j'appuie ce fait sur d'autres observations, il a besoin d'ailleurs d'être complété.

Voici un autre malade.

Cet homme qui, sous l'influence d'hallucinations de l'ouïe, a commis une tentative de meurtre sur sa femme et qui, lors de son entrée dans l'établissement, avait une folie des persécutions très nette se rattachant à des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale — on lui soufflait dans les poumons, disait-il, pendant son sommeil, de l'air qu'on lui retirait ensuite, — cet homme, qui est resté pendant plusieurs années un persécuté actif, a actuellement un délire des grandeurs très caractérisé.

Grâce à un miracle, Lig... a fait sortir de son jardin une composition, or, argent, zinc, cuivre, qui le rend riche à millions, et il se plaint amèrement qu'on le retienne enfermé dans l'établissement et qu'on laisse ses anciens persécuteurs, parmi lesquels sa femme et ses enfants, jouir de la fortune qu'il a ainsi réussi à se procurer à la sueur de son front.

Or déjà, lors de son entrée à l'asile, alors que cependant les idées de persécution étaient excessivement intenses, perçaient nettement chez Lig... des idées de grandeur. Il vantait volontiers sa force, son habileté et prenait vis-à-vis des autres malades un air de comman-

dement. Sous ce point de vue donc, Lig... est comparable à M^{me} G... ; seulement chez lui les idées de grandeur s'affirment davantage au début que chez G...

D'autres fois, ces idées sont beaucoup plus marquées encore. Ainsi chez le malade que je vous présente maintenant.

Fil..., qui nous traite du haut de sa grandeur, qui refuse même avec dédain de répondre à nos questions, est entré, il y a dix-huit ans, à l'asile, présentant une folie des persécutions des plus intenses.

Les persécutions qu'on lui faisait subir étaient très variées, elles consistaient principalement en des moqueries, des calomnies, et plus particulièrement en des atteintes coupables à sa santé et à sa vie. Ainsi, il croyait que l'on mêlait des substances malfaisantes à ses aliments et à ses boissons, et que, par ces manœuvres, on lui donnait des sensations pénibles, bizarres, dans le but d'altérer ses forces et de le pousser à des actes fâcheux. Eh bien, dès ce moment déjà, F... s'imaginait être un grand personnage, et il était convaincu que ces persécutions étaient motivées par la haute situation qu'il occupait ; aussi dédaignait-il les machinations dirigées contre lui.

Les idées de grandeur sont aussi très prononcées, dès le début de la folie des persécutions, chez cette autre malade que je vous présente ; seulement, elles revêtent chez elle la forme d'idées religieuses.

Cette femme, qui refuse actuellement de nous répondre, nous menaçant des foudres vengeresses de Dieu, a été pendant longtemps une persécutée. Elle avait des hallucinations de l'ouïe, elle entendait des voix qui l'insultaient, la menaçaient ; elle s'imaginait, par suite d'illusions du goût, qu'on voulait l'empoisonner, et ressentait sur le corps des sensations bizarres qu'elle attribuait à l'électricité ; elle se plaignait en outre qu'on

voulût la tuer et la déconsidérer, elle qui est une sainte et remplace Dieu sur la terre.

Il est même parfois très curieux d'examiner un malade présentant ainsi dès le début ces deux espèces d'idées, idées de persécution et idées de grandeur. Lorsque les autres sont en effet très marquées, l'individu se présente pour ainsi dire sous deux aspects différents, suivant qu'on l'examine comme persécuté ou, au contraire, comme mégalomane.

Il en est ainsi chez le malade que vous avez devant vous. C'est un jeune homme de vingt-deux ans sur lequel pèse une hérédité puissante, et qui est au début de son aliénation mentale.

Je vais l'interroger au point de vue des idées de persécution, puis je l'examinerai comme mégalomane.

Comme persécuté, vous le voyez devenir triste, pleurnicher et accuser des perversions sensorielles multiples portant sur la vue, l'ouïe, l'olfaction et la sensibilité générale.

Comme perversions de la vue, il se plaint de voir pendant la nuit, au moment du passage de la veille au sommeil, des apparitions diverses, hommes, femmes, modifiables à volonté, dit-il.

Comme perversions de l'ouïe, il a des bourdonnements constants dans les oreilles et il entend des voix qui sont tellement nombreuses qu'il ne peut comprendre ce qu'elles disent, les perversions de l'ouïe sont surtout prédominantes du côté gauche.

Comme perversions de l'olfaction, on lui fait sentir toutes sortes d'odeurs mauvaises ou bonnes (matières fécales, soufre, violettes, etc.).

Comme perversions de la sensibilité générale, il accuse une sensation de fourmillement dans tous les membres et une sensation de brûlure du côté de l'estomac et de l'intestin.

Tout ce qu'il ressent, il l'attribue à ses persécuteurs qui le *travaillent*, et c'est au moyen de l'électricité qu'ils arrivent ainsi à le persécuter.

Si nous examinons maintenant ce même malade comme mégalomane, vous voyez sa physionomie changer et devenir souriante ; il arrange ses vêtements, frise sa moustache d'un air coquet, s'attribue volontiers des millions, se dit député et doit épouser une jeune fille charmante et très riche.

Toutefois, malgré l'importance, dans ce cas, du délire des grandeurs, ce qui prédomine beaucoup chez ce malade, c'est le délire de persécution. Et, en effet, c'est ce dernier délire qu'il nous a indiqué immédiatement sans que nous le provoquions, tandis qu'il nous a fallu provoquer les idées de grandeur pour qu'il nous les indique.

Les faits qui précèdent sont suffisants, ce me semble, pour vous prouver le bien fondé de ce qu'avait mis déjà en évidence l'observation de M^{me} G..., à savoir que, dans la folie des persécutions, lorsque le délire des grandeurs se produit, il se retrouve dès le début de la maladie.

Ils vous montrent en outre qu'à ce moment, ce délire peut être plus ou moins marqué déjà ; toutefois, le plus souvent il n'est qu'en germe, et il faut une étude attentive pour le découvrir, tant les idées de persécution semblent résumer toute l'aliénation mentale.

Dans la folie des persécutions, venai-je de vous dire, le délire de grandeur, lorsqu'il existe, se retrouve dès le début ; dans un cas même, je l'ai vu se produire avant l'apparition du délire des persécutions ; dans cette première phase d'inquiétude que je vous ai signalée. C'est chez la malade que vous avez devant vous.

Rien qu'à voir sa tenue, sa préciosité, ses cheveux frisés, son air pincé, l'idée que cette femme est atteinte

d'un délire des grandeurs vient forcément à l'esprit. En effet, c'est une grande dame, elle appartient à une famille très noble, originaire des environs de Paimbœuf; elle est alliée aux maisons les plus nobles de la Bretagne, et, si elle a été élevée sous le nom de M^{lle} B..., si elle a épousé plus tard M. M..., un ouvrier, c'est qu'elle ne connaît que depuis quelque temps sa noble origine : elle a été changée en nourrice.

A ce délire des grandeurs qui, depuis quelque temps, prend de plus en plus d'extension, s'ajoute une folie des persécutions encore très marquée.

Cette femme s' imagine qu'on la « miroite ». Elle ressent souvent dans le courant de la journée ou de la nuit des sensations génitales voluptueuses, parfois en tout semblables à celles que produit le coït. C'est ce qu'elle appelle le « miroitement ». Ces sensations, elle les attribue à des individus divers, et dans l'établissement, plus particulièrement, au médecin et aux élèves du service. Elle est obligée de se garer attentivement contre ces manœuvres qu'elle parvient à déjouer en prenant des attitudes diverses, plus particulièrement en croisant ses jambes l'une sur l'autre et en attachant le bas de sa chemise.

En même temps qu'elle a ces sensations, il lui semble parfois voir, mais d'une manière vague, la physionomie des personnes qui se livrent sur elle à ces actes; souvent elle ne voit que des organes génitaux mâles.

A ces perversions de la sensibilité génésique et de la vue, s'ajoutent des perversions de l'ouïe; M... entend des voix qui l'outragent dans son honneur, la menacent de choses obscènes, ou, au contraire, elle entend des voix de personnes qui se révoltent contre les actes auxquels on se livre contre elle, et qui lui promettent leur protection.

Eh bien, si chez cette malade nous interrogeons le

début de l'aliénation mentale, nous voyons qu'avant l'éclosion du délire des persécutions, à ce moment où la malade inquiète était devenue méfiante, surtout à l'égard de son mari, l'idée lui vint qu'elle était d'une noble naissance, et ce fut à cette idée qu'elle rattacha les changements qu'elle s'imaginait voir dans l'attitude de son mari envers elle.

Mais arrêtons-nous, et, revenant à la question que nous nous sommes posée, à savoir si les deux procédés actuellement admis, procédé par déduction logique, procédé par genèse spontanée, sont suffisants pour nous rendre compte de la genèse des idées de grandeur dans la folie des persécutions, nous répondrons :

Non, ils ne sont pas suffisants ; c'est plus profondément qu'il faut chercher cette genèse : les idées de grandeur se retrouvent plus ou moins marquées, le plus souvent en germe seulement, dès le début de l'aliénation mentale.

Toutefois, si ces deux théories sont insuffisantes pour expliquer d'une manière complète la genèse du délire des grandeurs dans la folie des persécutions, il n'en est pas moins vrai, l'observation de M^{me} G... en fait foi, qu'elles peuvent intervenir pour faire éclore nettement à l'extérieur un délire qui, jusque-là, était resté plus ou moins latent. C'est en effet, vous vous en souvenez, sous l'influence d'une illusion de l'ouïe ou même peut-être d'un simple faux jugement que chez cette malade le délire des grandeurs s'est manifesté nettement à l'extérieur, et c'est par déduction logique que ce délire s'est ensuite développé et a pris l'extension considérable qu'il a aujourd'hui.

Cependant, ce n'est pas seulement par ces deux procédés que ces idées de grandeur arrivent ainsi à se développer. On peut parfois, derrière le délire des persécutions arrivé à son summum, en suivre l'évolution

lente et progressive. Il en a été ainsi chez le nommé Lig..., que je vous présentais tout à l'heure.

Chez cet homme, au début de sa maladie il n'existait qu'un vague sentiment de grandeur qui se traduisait dans son attitude, dans ses gestes, dans ses rapports avec les autres malades. Plus tard, ce sentiment se développe, et on voit Lig... se décorer. Seulement, quand nous lui demandons pourquoi il agit ainsi, il se met à rongir, jette sa décoration et nous dit en riant : « Nous sommes avec des fous, nous pouvons bien faire comme eux ; les autres se décorent, nous pouvons nous décorer aussi. »

Il semble encore à ce moment-là avoir honte de ses idées ambitieuses ; mais, plus tard, il n'en rougira plus, et aujourd'hui il les étale.

Ceci dit, revenons un peu en arrière.

Ce n'est pas accidentellement, vous ai-je dit, que naît le délire des grandeurs dans la folie des persécutions ; lorsque ce délire se produit, on en retrouve des traces dès le début de l'aliénation mentale. Voilà ce que les faits démontrent. Mais en disant que ce délire existe dès le début de la folie, nous n'avons fait que reculer la question. *Pourquoi, dans certains cas de folie des persécutions, ce délire existe-t-il au début ? Pourquoi, dans d'autres cas, et ce sont les plus fréquents, n'existe-t-il pas ?*

« L'étude approfondie que nous avons pu faire des antécédents de quelques aliénés à mélange d'idées de grandeur et de persécution, avant le développement de leur aliénation mentale, nous a révélé à cet égard des particularités intéressantes.

Je vous ai indiqué, dans nos précédentes leçons, quelles sont les modalités particulières du caractère qu'offrent certains candidats à la folie des persécutions ; ces modalités, vous vous en souvenez, M. Falret les indique

comme suit : « On rencontre souvent, dans le monde, des jeunes gens très différents des autres, qui se tiennent à l'écart, qui sont tristes, qui vivent loin de leurs camarades du même âge et ont un mode d'existence tout différent de celui des autres hommes. Ces individus s'isolent du monde entier, sont à l'état permanent de défiance, voient des ennemis partout et ont peu de rapports avec leurs semblables, etc. »

A côté de ces candidats à la folie des persécutions, il en est d'autres qui présentent des modalités de caractère un peu différentes. Comme les précédents, les individus dont je parle s'isolent volontiers ; ils s'imaginent qu'on les voit d'un mauvais œil, que le monde les reçoit froidement et les dédaigne, ils analysent les moindres gestes, les paroles les plus insignifiantes qui se disent autour d'eux et relèvent les indices les plus indifférents pour se démontrer à eux-mêmes ou pour démontrer à leur entourage immédiat que celui-ci ou celui-là n'a pas été suffisamment convenable envers eux. Mais, derrière ces idées, auxquelles on peut difficilement donner un autre nom que celui d'idées de persécution, en existent d'autres qu'on ne retrouve pas chez les candidats dont parle M. Falret et qui sont caractérisées par une exagération du *moi*, par une grande idée de leur valeur personnelle. C'est par rapport à cette valeur intime que ces individus jugent leurs relations avec les autres personnes ; de sorte que chez eux, il y a déjà, bien avant le développement de l'aliénation mentale, un mélange d'idées de persécution et de grandeur.

Or, si j'en crois ce que j'ai pu observer, ce sont ces derniers candidats à la folie des persécutions qui, lorsque la maladie est déclarée, arrivent au délire des grandeurs, tandis que les premiers, ceux de M. Falret, restent des persécutés.

D'autres fois, plus souvent même peut-être, ce n'est plus un mélange d'idées de grandeur et de persécution qu'on retrouve chez les candidats à la folie des persécutions avec idées de grandeur, mais des idées de grandeur seules, ou mieux des idées ambitieuses. Et ici je ne parle pas de l'imbécile chez lequel semblable chose arrive souvent, mais de l'homme intelligent.

Les individus que j'ai en vue actuellement, tourmentés par le désir d'arriver, croient pouvoir et devoir atteindre à tout ; d'où des déboires, des désillusions et consécutivement un délire des persécutions auxquelles les idées de grandeur se trouvent tout naturellement mêlées. Le malade que voici est un type frappant de cet ordre de faits.

Mon..., homme intelligent et ambitieux, est un prédisposé à l'aliénation mentale. Sans grande instruction première, il a réussi, grâce à un travail opiniâtre, à se créer une situation importante : il était archiviste dans une grande ville. Mais dévoré d'ambition, il rêve d'autre chose, il rêve d'une réputation scientifique. Des déceptions multiples l'atteignent, et ces déceptions, jointes au travail intellectuel considérable qu'il fournit et à la prédisposition qui existe chez lui, font éclore un délire des persécutions très net, intimement lié à des hallucinations de l'ouïe, du goût, de la vue même. Mais en même temps on constate des idées ambitieuses très marquées ; il est un homme supérieur, et il accuse tous les savants de la ville qu'il habite d'être jaloux de lui et de vouloir le faire exiler.

Eh bien ! oui, les antécédents des persécutés avec délire des grandeurs nous livrent généralement le secret de cette association, au premier abord assez étrange ; d'un délire des grandeurs et d'un délire des persécutions. Et j'ajouterai que si l'on remonte plus haut encore on trouve derrière ces modalités particulières du

caractère, l'hérédité. Mais c'est là une question que je ne veux pas aborder incidemment ; elle doit être traitée avec toute l'ampleur qui lui convient ; nous y reviendrons ultérieurement.

Je veux seulement, comme conclusion à nos recherches sur la genèse du délire des grandeurs dans la folie des persécutions, vous dire, m'appuyant en cela sur les faits : *Ce n'est pas dans tel ou tel procédé accidentel qu'il faut rechercher la genèse du délire des grandeurs dans la folie des persécutions. Ce délire remonte haut, il est plus ou moins marqué dès le début de la maladie, et on peut en retrouver les racines dans les antécédents personnels des malades, bien avant le développement de l'aliénation mentale.*

Les procédés par déduction logique ou par spontanéité peuvent jouer un rôle dans l'éclosion de ce délire qui peut aussi se développer lentement et progressivement.

Ceci dit sur la genèse du délire des grandeurs, abordons le troisième et dernier problème que nous avons formulé ainsi :

III

COMMENT EST CARACTÉRISÉ LE DÉLIRE DES GRANDEURS DANS LA FOLIE DES PERSÉCUTIONS ? COMMENT CE DÉLIRE SE COMPORTE-T-IL VIS-A-VIS DU DÉLIRE DES PERSÉCUTIONS ?

Le délire des grandeurs dans la folie des persécutions n'a aucun caractère qui lui soit propre ; d'ailleurs, la science est fixée à ce sujet. En effet, M. Ritti qui, dans son article « Folie de persécution », que je vous ai signalé, a parfaitement résumé l'état actuel de la science sur les différentes questions relatives à ce genre

d'aliénation mentale, dit nettement, à propos du délire des grandeurs :

« Les idées ambitieuses des persécutés peuvent donc rouler sur trois points : les richesses, la puissance, la transformation en un ou plusieurs personnages de marque. Les trois manifestations ou formes de l'ambition se présentent isolément chez le persécuté ou bien se manifestent chez le même malade. »

Les observations que je vous ai rapportées précédemment justifient les paroles qui précèdent. Toutefois, le délire qui me paraît constituer le fond même de la perversion intellectuelle est le délire des grandeurs proprement dit. C'est la puissance, ce sont les titres terrestres ou spirituels qui sont l'élément dominant et primordial; les idées de richesse ne viennent guère que consécutivement et comme un complément. Parfois même, les idées de grandeur existent sans idée de richesse. Inversement, je n'ai pas rencontré encore le délire des richesses existant seul.

Malgré ces restrictions, il n'en est pas moins vrai que le délire des grandeurs dans la folie des persécutations n'a pas de caractères qui lui soient propres.

Voyons maintenant comment le délire des grandeurs se comporte vis-à-vis du délire des persécutations ?

A cela nous répondrons immédiatement :

Parfois le délire des grandeurs se surajoute simplement dans des proportions plus ou moins considérables au délire des persécutations.

D'autres fois, le délire des grandeurs remplace complètement le délire des persécutations.

Je vous dois la démonstration de ce que j'avance.

Voici une première malade :

Cette femme sur laquelle pèse une hérédité puissante (son père s'est suicidé dans un accès d'aliénation mentale, d'autres parents sont aliénés), a réalisé, à l'âge de

trente ans, c'est-à-dire il y a seize ou dix-sept ans, une folie des persécutions très nette. Véritable aliénée migratrice, elle changeait à chaque instant d'appartement, allait d'une extrémité de la ville à l'autre, ou se réfugiait dans des convents pour échapper à ses persécuteurs qui la tracassaient de toutes les manières, l'empêchaient de dormir par le bruit qu'ils faisaient, par les actes obscènes auxquels ils se livraient dans des appartements voisins du sien, par des moqueries, par un espionnage constant, par des tentatives d'empoisonnement.

Lors de l'entrée de M^{me} D... dans l'établissement, il y a dix-huit mois, les idées de persécution prédominaient encore absolument, et se rattachaient toujours à des perversions sensorielles. Cependant, à ce moment-là déjà, s'affirmaient des idées de grandeur qui se reflétaient dans l'attitude, dans le caractère, et dans le refus absolu d'obéir aux surveillantes. Ces idées prirent bientôt de plus en plus d'extension, et, actuellement, M^{me} D... est une mégalomane dans toute l'acception du mot. Ses idées de grandeur portent sur les biens de la terre et sur ceux du ciel.

M^{me} D... a été choisie et élevée par Dieu et la sainte Vierge pour remplir une grande mission sur la terre. En 1889, elle jouera un rôle capital dans les destinées du monde, parce que c'est à ce moment-là que Dieu viendra, comme il vient tous les cent ans, pour faire le recensement de la vie et de la conduite des hommes. Elle s'appelle, dit-elle, de Linage de Canrobert, son père est le maréchal Canrobert qui est actuellement empereur, gouverneur de la France, etc. A sept ans, elle commandait une armée ; elle est très riche, possède des châteaux et des millions.

En exprimant ce délire, souvent M^{me} D... dit : « Vous ne le croyez pas ? » Elle comprend, en effet, qu'on doit se moquer d'elle, mais elle désire tellement mettre en

évidence ses idées ambitieuses que, malgré cette peur du ridicule, elle ne peut s'empêcher de les étaler.

Elle est arrivée à reconstituer sa généalogie en remontant à ses souvenirs d'enfance. Elle se souvient qu'à l'âge de deux ans, elle vivait avec l'empereur son père dans les châteaux et les grandeurs ; et quand nous lui demandons comment il se fait qu'elle s'appelait autrefois M^{lle} G..., elle répond que c'est un nom de persécution qui remonte à 1850. A ce moment, son père partit pour être empereur, succédant au roi son grand-père ; il ne pouvait prendre aucun de ses enfants, et elle en particulier, parce qu'elle était le roman de la sainte Vierge et le roman de la France.

Si nous recherchons ce que sont devenues chez cette malade ses anciennes idées de persécution, nous voyons qu'elles n'existent plus, pas plus que les perversions sensorielles qui leur servaient de substratum.

Cependant, j'ai tort de dire que les idées de persécution n'existent plus. M^{me} D... croit toujours à la réalité des persécutions qu'on lui a fait subir, et maintient que tout ce qu'elle a ressenti était réel. En second lieu, si elle n'est plus persécutée comme autrefois, elle l'est encore d'une certaine façon. Vous l'avez entendue, en effet, se plaindre de son internement à l'asile, de n'avoir pas d'argent, d'être mal nourric, mal habillée, de vivre dans un milieu qui n'est pas le sien, etc. Mais ce délire des persécutions est tout différent de celui d'autrefois, il est aujourd'hui consécutif au délire des grandeurs dont il est une dépendance. Par conséquent nous pouvons dire que chez cette malade, à part la croyance à la réalité de ses persécutions anciennes, le délire des persécutions du début de la maladie n'existe plus, M^{me} D... est devenue une véritable mégalomane : les idées de grandeur ont complètement pris la place des idées de persécution.

J'avais donc raison de vous dire que le délire des grandeurs peut, dans certains cas, remplacer complètement le délire des persécutions. C'est même ce qui arrive le plus généralement.

Dans ces cas, le délire des grandeurs n'arrive pas tout d'un coup à remplacer le délire des persécutions; c'est peu à peu que la substitution se fait. Les deux espèces de délire existent pendant un temps plus ou moins long, s'associant dans des proportions variables, jusqu'à ce que le délire des persécutions disparaisse complètement; alors la phase mégalomaniacale est constituée.

Cependant, vous ai-je dit, le délire des grandeurs peut ne pas accaparer toute la scène morbide, il peut n'avoir qu'une importance plus ou moins considérable.

Parfois, en effet, ce délire, tout en dominant la scène morbide, ne l'accapare pas complètement: le délire des persécutions, plus ou moins atténué, persiste encore. C'est ce qui est arrivé chez le nommé Lig..., dont je vous ai parlé précédemment. Cet homme, qui est aujourd'hui mégalomane, se plaint encore parfois qu'on lui souffle dans la poitrine, qu'on lui retire l'haleine.

D'autres fois, le délire des persécutions est encore plus marqué; ainsi chez M^{me} Mig.... Cette femme, qui dit appartenir à une des plus nobles familles de la Bretagne, continue à être « miroitée », terme qui, vous le savez, désigne le procédé par lequel on la persécute.

D'autres fois, enfin, les idées de persécution restent toujours les idées dominantes, il s'y surajoute seulement un délire des grandeurs. L'observation suivante est un exemple de cet ordre de faits.

B... était un malade qui est resté vingt-quatre ans à l'asile où il est mort à l'âge de soixante-sept ans, succombant à une maladie de cœur. Cet homme avait une folie des persécutions complètement systématisée.

Le délire qui se rattachait à des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'olfaction, de la vue et de la sensibilité générale est excessivement intéressant à étudier, mais ce n'est pas le cas-ci.

B... rapportait toutes ses perversions sensorielles à des persécuteurs qui employaient des machines électriques grâce auxquelles ils pouvaient réaliser, même à des distances très grandes, tout ce qu'ils voulaient. Dans les derniers temps, il s'imaginait qu'il était, entre les mains du médecin, une espèce de sujet d'expériences, devant servir à l'instruction des élèves et à la curation des autres malades. Le médecin faisait passer dans son corps tous les individus de l'établissement, et même du dehors, de sorte qu'à certains moments B... devenait gros et lourd ; d'autres fois, il s'allongeait dans des proportions démesurées ; d'autres fois, sa physionomie se modifiait, d'autres fois enfin il était malade de l'estomac, du ventre, de l'appareil respiratoire ou cardiaque, selon que le médecin plaçait sur lui un individu malade de l'estomac, du ventre, etc. Aussi B... était-il excessivement irritable et ne savait comment arriver à se débarrasser de ses persécuteurs. Pour cela, il employait depuis quelques années le système suivant : il faisait l'arbre droit ; s'appuyant contre un lit, il se mettait la tête en bas, les pieds en l'air, position grâce à laquelle ses ennemis sortaient.

Depuis plusieurs années, à côté de ce délire des persécutions toujours très intense, B... avait quelques idées de grandeur. Ancien militaire, dessinateur et lithographe assez habile, il s'était mis dans la tête de réformer notre armée à tous les points de vue, costumes, armement, manœuvres, etc., et il passait ainsi ses journées à dessiner les changements qu'il voulait opérer. Souvent on le voyait quitter tout à coup sa plume et se disputer avec un personnage imaginaire ; tantôt c'était

avec Mac Mahon, tantôt avec Canrobert, tantôt avec Grévy, tantôt avec tel ou tel chef de l'armée, et cela parce que ces personnages le contrecarraient dans ses plans de réformes. A d'autres moments, au contraire, il s'approchait de nous, souriait et nous disait qu'il venait de parler avec un officier supérieur, souvent avec le général Courty, sous les ordres duquel il avait servi, et que cet officier approuvait complètement les transformations qu'il proposait. De sorte que B... faisait ainsi servir ses hallucinations de l'ouïe à la production de son délire ambitieux, qui est toujours, jusqu'à la mort, survenue à l'âge de soixante-sept ans, resté limité aux idées de réformes relativement à l'armée.

La démonstration que nous poursuivons est-elle complète ? Il me le semble. Les faits qui précèdent prouvent, en effet, que, dans la folie des persécutés, le délire des grandeurs peut avoir une importance plus ou moins grande suivant les cas. Ici, simple élément surajouté, il peut arriver ailleurs à accaparer toute la scène morbide, et le persécuté devient un mégalomane.

Mais si cette démonstration est complète, notre esprit n'est pas encore satisfait; immédiatement, il se pose une autre question.

Pourquoi cette importance plus ou moins grande que prend le délire des grandeurs suivant les cas ?

Lorsque le délire des grandeurs n'arrive pas à accaparer la scène morbide, ne serait-ce pas parce qu'il n'a pas eu le temps de compléter son évolution, parce qu'il n'a pas eu le temps d'arriver à maturité, pour me servir d'une expression que nous avons déjà rencontrée dans la bouche d'un auteur qui veut que la folie des persécutés arrive toujours à la phase mégalomane ? Eh bien, non, ce n'est pas pour cette raison, l'observation du nommé B..., dont je vous ai entretenu tout à l'heure, en est une preuve.

Chez ce malade, le délire des grandeurs a eu nombre d'années pour arriver à sa maturité complète, et cependant il n'est jamais parvenu même à dominer la scène morbide, il n'a jamais été qu'un symptôme surajouté ! C'est donc ailleurs qu'il faut chercher la solution du pourquoi que nous nous sommes posé ?

Faut-il demander cette solution au plus ou moins d'intensité qu'aurait le délire des grandeurs au début de la folie des persécutions ? Peut-être dans certains cas, mais assurément pas dans tous. Parmi les observations que je vous ai citées, il en est, en effet, dans lesquelles ce délire, peu marqué au début, est arrivé à occuper toute la scène morbide ; il en est d'autres, au contraire, où ce délire marqué dans les premières périodes ne s'est pas accentué ultérieurement.

C'est donc ailleurs qu'il faut chercher notre solution.

Si vous avez souvenance des observations dans lesquelles le délire des grandeurs est arrivé à accaparer toute la scène morbide, vous avez remarqué que le développement de ce délire a coïncidé avec une notable diminution des perversions sensorielles, et même chez M^{me} C... avec une disparition de ces perversions. Dans les cas, au contraire, où le délire n'a été qu'un symptôme plus ou moins important, les perversions sensorielles persistaient plus ou moins, ainsi chez Lig..., chez Mig... et surtout chez B... Il y a donc une corrélation entre le délire des grandeurs et les perversions sensorielles. Plus ces perversions restent intenses, moins ce délire prend de l'importance ; et, inversement, moins ces perversions sont marquées, plus ce délire prend de l'importance. Et cela se comprend, les perversions sensorielles entretiennent le délire des persécutions qui leur est intimement lié. De sorte que le problème dont nous poursuivons la solution peut se résumer ainsi : Pourquoi, dans certains cas, les perversions sensorielles s'at-

ténuent-elles ; pourquoi, dans d'autres cas, ne s'atténuent-elles pas ?

Eh bien, si nous avons bien vu, lorsque les perversions sensorielles sont exclusivement névrosiques, exemple M^{me} G..., elles tendent, à un moment donné, à s'atténuer, à disparaître même, et corrélativement le délire des persécutions s'atténue lui aussi. Mais lorsque ces perversions sensorielles ont un substratum physique, lorsqu'elles sont entretenues par un état physique, leur atténuation dépend de l'évolution de cet état ; s'il est persistant, elles aussi sont persistantes. Un exemple fera mieux saisir notre pensée à cet égard :

Le nommé B..., dont je vous parlais tout à l'heure et qui, malgré le grand âge de sa maladie, n'est jamais arrivé à la phase mégalomaniacale complète, est un malade dont les perversions sensorielles, illusions et hallucinations, étaient entretenues par un état physique d'origine herpétique. L'herpétisme avait produit chez lui des troubles du côté du foie, du tube digestif, des poumons, du cœur, et ces troubles étaient chez lui le point de départ de nombre de ses perversions sensorielles. Or, cet état, loin de s'améliorer par l'évolution de la vie, n'a fait, au contraire, que se préciser, et dès lors toutes les perversions sensorielles restaient actives. L'herpétisme, dans ce cas, a donc rendu les perversions sensorielles persistantes et, par suite, le délire des persécutions, et le délire des grandeurs n'a pu prendre tout son développement. Chez ces deux autres malades que vous avez devant vous, les perversions sensorielles persistent aussi intenses qu'au début, malgré l'âge déjà avancé de leur aliénation mentale, parce que chez l'un, elles se lient à une tuberculose et chez l'autre à un arthritisme très marqué.

L'étude de l'état somatique nous livre donc le secret du plus ou moins d'importance que peuvent prendre

les idées de grandeur dans la folie des persécutions. Mais cette étude qui a trait aux rapports du physique et du moral est trop vaste et trop importante pour qu'il me soit possible de faire autre chose que vous la signaler; nous la retrouvons, d'ailleurs, à propos de l'étiologie et du traitement.

Le délire des grandeurs, n'a pas de caractères spéciaux dans la folie des persécutions.

Le délire des grandeurs, lorsqu'il existe dans la folie des persécutions, peut avoir une importance plus ou moins considérable; il peut parfois remplacer complètement le délire des persécutions; il peut n'être, d'autres fois, qu'un symptôme surajouté.

Telles sont les conclusions auxquelles nous conduit l'étude des faits et qui servent de solution au dernier problème que soulève la question du délire des grandeurs dans la folie des persécutions.

Si maintenant nous résumons brièvement les enseignements qui se dégagent de l'étude que nous venons de faire du délire des grandeurs dans la folie des persécutions, nous dirons :

1° Le délire des grandeurs est loin d'être constant dans la folie des persécutions; mais il y est relativement fréquent; on le retrouve environ quarante-deux fois sur cent cas.

2° Lorsque ce délire existe :

a) Il n'a pas de caractères propres. Il peut prendre une importance plus ou moins considérable; parfois, simple symptôme surajouté, il arrive dans certains cas à accaparer toute la scène morbide, le persécuté devient alors un véritable mégalomane. L'étude attentive des faits nous livre parfois le pourquoi de cette importance plus ou moins grande suivant les cas.

b) Il peut se développer par des procédés divers,

mais on le retrouve plus ou moins marqué, le plus souvent en germe seulement, dès le début de la maladie, et si on remonte plus haut encore on en retrouve généralement les racines dans les antécédents personnels des malades, bien avant le développement de l'aliénation mentale.

PARALYSIE GÉNÉRALE

SUCCÉDANT A UNE

MANIE EXISTANT DEPUIS DIX ANS

Par M. TERRIEN

Ancien interne de l'asile d'aliénés de Nantes,
interne des asiles de la Seine.

La paralysie générale, malgré les recherches auxquelles elle a donné lieu depuis Esquirol, Calmeil, Bayle, malgré les bonnes descriptions qui en ont été faites par un grand nombre d'auteurs, n'en offre pas moins encore un vaste champ aux investigations.

Chaque jour, de nouveaux faits viennent apporter un complément aux études si détaillées et déjà si précises sur les causes, le début, la marche de cette redoutable affection. M. Christian lui-même, auteur, avec M. Ritti, du remarquable article « Paralysie générale » du *Dictionnaire* de Dechambre, revient souvent sur quelques points de la maladie : ainsi, il a traité récemment des causes, de la difficulté du diagnostic et des troubles trophiques de la paralysie générale. Il est évident que cette affection peut se présenter à son début sous de nombreux aspects qui, si l'on n'y prend garde, entraîneront de graves erreurs de diagnostic. Tel individu entrera comme maniaque avec pronostic bénin, et il mourra paralytique ; tel autre, au contraire, entrera comme paralytique et on s'apercevra bientôt, ou à la longue, qu'on avait affaire à une simple manie, à une excitation cérébrale quelconque ayant donné lieu à cer-

tains signes psychiques et somatiques de la paralysie générale, et la maladie mentale suivra la marche ordinaire: guérison, chronicité, incurabilité avec démence définitive. M. Christian a passé en revue ces divers cas, il en a donné l'explication et il a mis en garde contre les erreurs de diagnostic.

Dans le cas qui va nous occuper ici, cas que j'avais cité incidemment dans les *Annales médico-psychologiques* de janvier 1888, à l'article « Traumatisme, Épilepsie et Paralysie générale », nous trouverons une femme maniaque depuis plus de dix ans par hérédité, et qui est morte paralytique générale. Était-ce de la manie sans aucun lien avec la péri-encéphalite? Ou bien, était-ce l'excitation maniaque due à cette péri-encéphalite?

Après l'exposé des symptômes et des lésions trouvées à l'autopsie, j'aborderai cette discussion.

OBSERVATION. — Constance S..., trente et un ans, cigarière, mariée, sans enfants, entrainée à l'asile d'aliénés de Nantes le 12 avril 1882. C'était une nerveuse depuis son bas âge; d'un caractère difficile, irascible, elle manquait constamment de respect à sa mère, elle avait l'esprit de contradiction; quand on lui ordonnait un travail, elle l'exécutait s'il était de son goût, mais s'y refusait obstinément lorsqu'il devait la gêner. Très variable dans son humeur, elle passait facilement, et souvent sans raison, de la joie à la tristesse, des caresses aux violences; intolérante, indifférente aux douceurs qu'on lui procurait, mais ne souffrant pas les blâmes que sans cesse sa conduite lui méritait.

Tel fut l'état d'esprit que la femme S... présenta pendant son enfance et son adolescence. Il était amené par la tare héréditaire qu'elle portait: son père alcoolique et maintenant dément, sa mère très nerveuse et faible d'esprit, une sœur du père, retirée depuis longtemps dans une maison de secours, est venue mourir démente à l'asile.

A vingt et un ans, S... entra dans une communauté à Angers, dans le but de se faire religieuse. Au bout de neuf mois, elle fut rendue à sa mère, parce que son caractère rendait son séjour impossible dans la communauté, et que, d'autre

part, elle n'avait pas d'idées bien arrêtées pour la vocation religieuse. Rentrée chez ses parents, elle ne voulait plus travailler, son caractère exétable et nerveux s'était encore aggravé. La colère arrivait par instants à un tel paroxysme, qu'elle semblait, nous dit la mère, n'avoir plus sa raison. Elle avait alors vingt-deux ans.

Mais la vie de famille la fatigua bientôt ; aussi partit-elle pour Angers, où elle entra comme domestique chez un maître qui la séduisit et lui donna « du mal », suivant l'expression de la mère. Était-ce la syphilis ? On ne peut l'affirmer. Du reste, je revierdrai sur ce point dans le cours de la discussion, et je montrerai que la femme S... eût-elle eu la syphilis, cette affection n'aurait été pour rien dans le développement de la paralysie générale. Pendant son séjour à Angers, elle eut un accès de manie qui nécessita son internement à l'asile Sainte-Gemmes. Les renseignements font défaut sur la durée du séjour et sur les symptômes présentés à cet asile.

A vingt-cinq ans, elle s'est mariée, après avis du médecin déclarant que l'affection vénérienne antérieure ne devait pas mettre obstacle au mariage, car elle était guérie. De cette union il n'y eut pas d'enfants, il n'y eut pas non plus d'avortements : La nature inconstante et variable de cette femme, lui faisant prendre en aversion ce que naguère elle affectionnait, l'éloigna vite de son mari. Elle le quitta au bout de deux ans. A cette époque, nous dit la mère, « ma fille était très malade de la tête. » Toutefois, on avait voulu et on avait pu la garder à la maison. Elle présentait des périodes d'excitation, auxquelles succédaient des périodes d'un calme relatif et de courte durée. Elle ne semblait pas avoir d'hallucinations ; e'était de la loquacité, de l'incohérence, des actes désordonnés et violents.

A vingt-neuf ans, elle eut une crise nerveuse avec chute à terre, perte de connaissance, sans mouvements convulsifs, qui dura quelques minutes. Enfin, l'excitation maniaque ne faisant qu'augmenter, à trente et un ans, la femme S... dut, par mesure de sécurité publique, être internée au quartier d'aliénés de Saint-Jacques. C'était le 12 avril 1882. M. le Dr Petit porta le diagnostic « manie ».

Pendant les douze premiers mois de son séjour dans l'asile, la malade fut constamment agitée, cherchant à frapper, à étrangler les aliénés de sa section. Il y avait dans ses actes quelque chose d'impulsif. Elle déchirait ses vêtements et se montrait toute nue dans la cour. Elle criait, chantait, puis

bientôt se mettait à pleurer en disant qu'elle n'était pas digne de vivre. La nuit, elle se levait fréquemment, se croyant poursuivie par des diables. Le calme enfin parut, elle travailla à l'atelier, et, le 12 novembre 1883, elle sortait par guérison.

Mais l'amélioration ne dura pas longtemps ; au bout de deux mois, la femme S... fut prise d'un nouvel accès de manie. Elle frappait son mari, près duquel elle était rentrée, lui lançait à la tête tout ce qui tombait sous sa main, assiettes, plats, etc. Elle gaspillait son argent, elle allait dans les magasins faire des achats disproportionnés à ses moyens. Voilà bien un fait qui a quelque analogie avec certains actes du paralytique. Toutefois, elle n'achetait que ce qui pouvait lui servir ; tandis que le paralytique prendra ou achètera tout ce qui tombe sous sa main, que cela puisse ou non lui être utile. La malade avait eu conscience du retour de son affection mentale, car, impressionnée par de violents maux de tête, elle était venue un jour voir M. le D^r Biaute pour lui demander des conseils.

Le 29 octobre 1884, elle rentre pour la deuxième fois à l'asile Saint-Jacques. Cette femme paraissait surtout désordonnée dans ses actes, sans délire bien défini, elle parlait bien et nous racontait nettement son histoire. Elle avait fait du mal à de nombreuses personnes, elle avait frappé sérieusement sa mère et son mari ; elle s'était précipitée la veille dans le canal de Chantenay, pour se noyer, se trouvant trop malheureuse sur la terre : elle s'y était jetée, dit-elle, avec regret, sachant sûrement qu'elle ne se noyerait pas, le canal étant presque à sec. Mon excellent chef de service, M. le D^r Biaute, pose sans hésiter le diagnostic « manie ».

Au 20 décembre 1886, la femme S... est toujours dans le même état. Elle court, saute dans la cour, se met à danser, se précipite à terre, se roulant sur le sol, et, abjurant toute pudeur, se livre à des actes d'un cynisme révoltant, tous ces gestes accompagnés des mots les plus grossiers, des paroles les plus obscènes.

Les notes du 18 mai 1885, du 2 juin de la même année n'indiquent aucune modification heureuse dans l'état mental de la malade. Pendant toute l'année 1886, ce fut toujours le même degré d'excitation, les mêmes violences contre les personnes et contre elle-même, survenant sans raison et atteignant un paroxysme surprenant.

Mais au mois de mai 1887, la scène change brusquement, l'agitation cesse tout à coup, et la malade tombe dans un état

de mélancolie stupide. Elle ne parlait plus, ne laissait échapper par instants que quelques cris effrayants, plaintifs. Elle restait toute la journée accroupie dans un coin, taciturne, indifférente à tout ce qui se passait autour d'elle, les yeux hagards, le visage sans expression. Tout en elle indiquait l'inertie de la pensée, et l'absence totale d'activité psychique. Les fonctions cérébrales sont comme anéanties. Elle ne répondait plus à nos questions, qu'elle ne semblait pas du reste comprendre. Durant le jour, elle se cachait la figure dans ses mains, et, la nuit, dans ses oreillers. Les pupilles étaient devenues inégales, la droite plus dilatée que la gauche. Elle était insensible, non seulement aux stimulants d'ordre intellectuel, mais encore aux stimulants physiques. On pouvait la pincer, la piquer sans qu'elle donnât le moindre signe de réaction à la douleur. L'insensibilité était presque absolue. Les mouvements respiratoires étaient faibles, le pouls ralenti et petit, l'hématose était incomplète, aussi en résultait-il une cyanose généralisée, avec un peu d'œdème des membres inférieurs. Elle était devenue gâteuse.

Cette modification survenue si brusquement nous surprit étrangement, et ce n'était pas sans une certaine curiosité que l'on attendait l'issue de cette crise.

Était-ce de la mélancolie stupide survenant après un long accès de manie? Pour nous, dès ce moment, un phénomène inflammatoire se passait du côté de l'encéphale. Quelle en était la nature? Il fallait attendre. Un diagnostic certain était alors difficile à établir.

Au bout de douze à quinze jours, la malade était un peu plus éveillée. Elle écoutait quand on lui parlait, mais on lui arrachait difficilement quelques paroles : les mots étaient alors prononcés avec une certaine difficulté, avec des tremblements dans la voix. Elle ne connaissait plus notre nom, elle ne savait plus son âge. Il y avait perte, ou tout au moins suspension complète des souvenirs. On remarquait certains mouvements fibrillaires des muscles de la face. Nous pensâmes alors à la paralysie générale.

C'était bien de la paralysie générale, en effet. Bientôt tous les signes psychiques et somatiques de l'affection apparurent avec toute leur netteté. La femme S... garda toujours le même cachet de démence stupide. La parole s'embarrassa de plus en plus. Elle ne pouvait bientôt plus prononcer les mots, s'y reprenait à plusieurs fois et souvent était obligée de s'arrêter

après la première syllabe. Les membres, surtout du côté droit, étaient agités de mouvements convulsifs. Les contractions fibrillaires étaient très marquées principalement à l'orbiculaire des lèvres, à l'orbiculaire des paupières, aux élévateurs de l'aile du nez et de la lèvre supérieure. On ne remarquait aucun délire. La déchéance intellectuelle était complète; la déchéance physique ne tardait pas à la suivre. Bientôt la malade ne put plus marcher ni se tenir debout. On dut la maintenir au fauteuil, dès le mois d'octobre, et au lit, vers la fin de décembre 1887. Les eschares au sacrum apparaissaient d'abord du côté droit, et la femme S... s'éteignait enfin par épuisement général, sans crises épileptiformes, le 11 janvier 1888.

Autopsie. — Le crâne est petit, mais symétrique. Ses parois sont assez minces. Le cerveau pèse 1050 grammes dont 518 grammes seulement pour l'hémisphère gauche, et 538 grammes pour l'hémisphère droit.

La dure-mère n'est guère épaissie que vers la région frontale, où elle adhère sur plusieurs points aux os. À sa face interne, la dure-mère se détache bien de la pie-mère, malgré de nombreux filaments blanchâtres, semblables à des fausses membranes, réunissant çà et là les deux enveloppes. On trouve peu de liquide céphalo-rachidien; les corpuscules de Pacchioni sont hypertrophiés.

La pie-mère, très grise, au niveau du bulbe, est seulement grisâtre sur le cerveau. Je puis dire que, pour enlever la pie-mère, je n'ai jamais éprouvé autant de difficulté, dans les nombreuses autopsies de paralytiques que j'ai eu occasion de faire. C'est le scalpel à la main qu'il m'a fallu séparer l'une de l'autre chacune des faces internes des deux lobes frontaux. La pie-mère était en ce point très épaissie et d'apparence fibreuse. J'en dirai de même pour la résistance éprouvée au niveau de la suture de Sylvius, où l'on ne pouvait arriver au fond de la suture que par une véritable dissection. Sur la face convexe des hémisphères, la pie-mère n'est enlevée qu'avec des parcelles de substance cérébrale, et l'encéphale, après l'enlèvement ou plutôt l'arrachement de cette membrane, présente (cette similitude m'a frappé) absolument « l'aspect grêlé et couturé dû aux cicatrices nombreuses d'une variole confluyente ». La pie-mère était difficile à détacher, même dans les plis et incisures. Les altérations des méninges, quoique très marquées dans l'hémisphère droit, le sont moins que dans l'hémisphère gauche. Or nous avons noté que c'était du côté droit de la face que les

tremblements, l'agitation musculaire était plus manifestes.

Sur la face inférieure du cerveau on trouve, disséminés, des filaments fibrineux comme sur la face convexe. Une véritable fausse membrane large, épaisse, réunit les deux nerfs optiques dans le crâne.

Le cerveau est très dur, très ferme, à tel point qu'il se déprime à peine dans cette partie de sa face convexe qui est appliquée sur la table d'amphithéâtre.

La substance grise est ramollie, grisâtre, amincie; la substance blanche très anémiée, mais ferme, a une couleur « blanc de lait ».

Il y a peu de liquide dans les ventricules, et l'épendyme ventriculaire est semé de granulations, surtout dans le quatrième ventricule.

Sur des coupes, le noyau caudé est ferme et paraît absolument normal. Le noyau optique des deux côtés est complètement ramolli, il présente une couleur jaunâtre, ocreuse; le noyau lenticulaire du côté gauche a ses deux segments internes également ramollis et formant une bouillie jaunâtre, le segment interne se détache et tranche par sa couleur normale gris rougeâtre sur le reste du noyau. Du côté droit, le segment interne seul est altéré, et la division en trois parties ici existe encore.

J'insiste encore une fois, comme je l'ai fait dans un article antérieur, sur cette altération profonde des noyaux centraux que j'ai trouvée fréquemment dans les autopsies de paralysies générales.

Aucune trace de tumeur, de gommes syphilitiques n'apparaît après les sections nombreuses pratiquées en tous sens dans la masse cérébrale: aucun noyau hémorragique ancien ou récent.

Les deux pédoncules cérébraux présentent, au niveau du crista, un noyau de ramollissement d'une dimension de 1/2 centimètre de diamètre sur 3 ou 4 millimètres en profondeur. Les deux segments internes du pied des pédoncules, dans leur portion la plus rapprochée de la protubérance, sont ainsi déchirés, détruits dans la plupart de leurs fibres.

La protubérance est, du côté droit, un peu plus renflée que du côté gauche. Le bulbe est symétrique, la pie-mère est ici très épaisse et gris noirâtre.

Au point de vue morphologique, le cerveau de la femme S... était bien conformé. Les circonvolutions et les plis de passage sont absolument normaux. Il y avait un peu d'asymétrie vers la région Rolandique droite, où la pariétale ascendante et la

moitié de la pariétale inférieure sont plus développées que du côté gauche et font saillie sur les parties avoisinantes. Mais ce sont là des résultats produits par la péri-encéphalite, dont le travail s'est fait sentir avec plus ou moins d'intensité suivant les diverses circonscriptions de l'encéphale.

Les altérations que je viens d'exposer démontrent donc de la façon la plus évidente que la femme S... est bien morte paralytique générale.

Dans l'histoire pathologique de notre malade nous trouvons deux périodes nettement définies : la période maniaque, la période paralytique. Nous distinguerons encore une autre période très courte : celle que nous appellerons intermédiaire ou de transition.

Si l'on se rappelle le caractère que la femme S... a présenté pendant sa jeunesse, son état mental depuis l'âge de vingt-deux ans, les symptômes remarqués lors de son premier séjour à l'asile de Saint-Jacques et dans la première partie de son deuxième séjour au même asile, si l'on songe aussi que pendant dix ans aucune modification n'est survenue dans la forme de son délire, que ce fut toujours, avec de légères et courtes rémissions, une agitation bruyante et désordonnée sans aucune idée de grandeur, sans aucune idée niaise, sans aucun signe somatique habituel de la paralysie générale, on est forcé de s'arrêter à cette idée : la femme S... était bien atteinte de « manie ». Tel a été du reste le diagnostic de M. le D^r Petit à la première entrée, tel fut le diagnostic de M. le D^r Bianté lors de la deuxième entrée à l'asile de Nantes, le même diagnostic a dû assurément être porté à l'asile de Sainte-Gemmes.

L'hérédité était la cause de la maladie, et ce vice originel avait fait aussi pencher la femme S... vers la débauche.

Si le diagnostic de la paralysie générale est difficile au début, si souvent le délire maniaque dérobe derrière

lui la péri-encéphalite diffuse, il est rare que, même dans les cas difficiles, un symptôme, un acte, une idée ne viennent à un moment donné, je ne dis pas juger la question, mais au moins faire naître des doutes pour la paralysie générale, et le diagnostic alors est réservé. Mais ces doutes, qui peuvent exister au moment de l'admission, finissent, au bout d'un temps plus ou moins éloigné, trois mois, un an, deux ans même, par se dissiper, et la malade nous apparaît alors, ou franchement maniaque, ou franchement paralytique, et la question est donc à ce moment complètement élucidée. Mais là, chez la femme S..., rien dans le délire n'a pu nous faire croire un seul instant qu'il pouvait y avoir autre chose que de la manie. Pas une idée puérile, pas d'affaiblissement de la mémoire, pas un acte comme en commet un moment ou l'autre le paralytique général. C'était une loquacité, une excitation persistante, et qui n'a pas duré seulement un an, deux ans, mais dix ans.

La femme S..., malade depuis l'enfance, et observée plusieurs fois dans les asiles comme maniaque, la paralysie générale n'ayant jamais pu être soupçonnée, est-il possible de supposer que ce délire fût dû à la péri-encéphalite diffuse? Non : la science ne présente pas, je crois, de cas où l'excitation maniaque produite par la péri-encéphalite a pu persister plus de dix ans sans être accompagnée d'aucun des troubles somatiques habituels de la paralysie générale. Ce serait un cas unique et difficilement explicable. Je ne veux pas y croire; je ne puis admettre que pendant un si long laps de temps la paralysie générale se soit ainsi aussi complètement dissimulée. Si elle eût existé, elle aurait déchiré plus tôt un coin du voile qui pouvait la couvrir, elle aurait percé à travers le masque qui la cachait. C'était donc bien pour nous de la manie, une névrose pure, et la paralysie à ce moment n'existait pas.

Puis subitement la scène change, nous entrons dans la période de transition.

La transition fut brusque et presque instantanée. L'agitation tombe, le délire bruyant disparaît, la malade reste accroupie, blottie dans un coin, refuse de parler, ne veut pas s'approcher de nous, quand on l'appelle. Au lieu de venir à chaque visite, comme elle le faisait encore quelques jours auparavant, nous importuner sans cesse de ses réclamations, de ses calomnies et de ses mensonges, elle restait inerte, la figure dans ses mains, se taisait à toutes nos questions, elle portait le cachet de la mélancolie stupide, et cette modification était survenue brusquement. La nuit, elle poussait des cris effrayants, jetant ainsi la terreur même parmi des malades très agités, difficiles par conséquent à émonvoir. J'assimile ce cri, mais plus aigu encore, au cri hydrencéphalique de la méningite. Au lit, la femme S... se cachait la figure dans les oreillers, et paraissait souffrir violemment de la tête. Ses pupilles étaient dilatées et inégales. Elle avait des tremblements fibrillaires. Elle marchait difficilement et « comme une personne ivre », dit la gardienne. Nous n'avons pu constater par nous-même ce fait, la malade s'étant toujours refusée à marcher devant nous. Cette période dura huit jours environ avec ces cris, ces soubresauts, cette frayeur, le ralentissement du pouls et le refroidissement des extrémités. Que s'était-il donc passé? Quelle était cette nouvelle forme de délire? Quelle cause pouvait produire ce changement subit, tant au point de vue physique qu'au point de vue mental? Le fait était étrange, et devait nous embarrasser.

Après la constatation des symptômes que je viens d'énumérer, je dus croire qu'un phénomène inflammatoire se passait du côté de l'encéphale. Ces cris hydren-

céphaliques, ces douleurs de tête, cette inégalité pupillaire, cette stupeur intellectuelle, étaient autant de signes qui semblaient autoriser le diagnostic de « méningo-encéphalite » et, à cause de l'acuité et de la brusquerie des symptômes, « méningo-encéphalite aiguë ». Mais la maladie, après être passée par cette phase aiguë, prend la forme chronique. Au bout de huit ou dix jours environ, les cris cessent, le pouls redevient meilleur, la cyanose et le refroidissement considérable des extrémités disparaissent peu à peu, mais l'inégalité pupillaire persiste, ainsi que les tremblements fibrillaires, et l'état de stupidité de la malade. Quelques mots échappés par instants sont prononcés avec difficulté et lenteur. La malade ne se rappelle plus son nom ni son âge. « Elle a vingt-cinq ans, » elle ne sait plus en quelle année nous sommes ; elle est gâteuse et elle se nourrit mal.

Au moment où j'écrivais pour les *Annales médico-psychologiques* l'article « Traumatisme et paralysie générale », la malade était rendue à cette phase transitoire. Et, parlant incidemment de cette femme, je disais : « C'était autrefois une maniaque, une maniaque pure, elle l'était depuis dix ans ; eh bien, à cette heure, si on la voyait pour la première fois, si elle devenait un sujet de concours, où l'on n'aurait aucun renseignement, où l'on devrait se contenter de l'observation directe et des dires de cette femme actuellement stupide, le diagnostic « paralysie générale » s'imposerait, je crois. » L'aveux vint justifier nos prévisions.

Ce n'était pas, en effet, un ramollissement cérébral consécutif à une thrombose ou à une embolie : l'âge de la malade, l'absence de signes hémiplegiques écartaient ce diagnostic.

Ce n'était pas de la démence consécutive à la manie, car elle se serait annoncée moins brusquement ; on

aurait assisté à un affaiblissement lent et progressif des facultés. Or, là rien de pareil. Il est juste de dire que cet affaiblissement lent et progressif est bien la marche suivie ordinairement par la paralysie générale, et que, dans le cas qui nous occupe, il y eut une infraction à la règle commune; mais tandis que, dans la démence succédant à un délire chronique, cette infraction, à moins d'une complication congestive, ne peut s'expliquer, dans la paralysie générale, au contraire, survenue chez la femme S..., une explication est possible en raison du degré d'acuité qu'a revêtu dès le début la maladie. La péri-encéphalite ayant devant nous éclaté brusquement, d'une façon absolument tragique, avec tous les signes d'un ictus cérébral excessivement grave, la déchéance intellectuelle, une démence profonde a pu, elle aussi, brusquement s'établir. Il y aurait donc en suspension ou plutôt disparition presque complète de toutes les facultés, en rapport avec les lésions qui en quelques jours envahissaient la masse cérébrale. Du reste, les tremblements fibrillaires, l'inégalité pupillaire, l'embarras de la parole étaient autant de signes qui venaient exclure la démence ordinaire consécutive aux vésanies.

Pour des raisons analogues, ce n'était pas de la mélancolie stupide, simple névrose, succédant à de la manie et alternant avec elle, comme dans les folies à double forme. Si, du reste, cette idée a pu nous occuper un instant au début de la période de transition, la marche, l'évolution de la maladie nous la fit vite écarter.

Nous entrons enfin dans la troisième période, la période franchement paralytique.

L'affection suit sa marche progressive : la déchéance physique se dessine de plus en plus, en même temps que les signes somatiques apparaissent avec toute leur netteté. Le tremblement fibrillaire agite tous les

muscles de la face; l'incoordination des mouvements, la faiblesse musculaire est telle que la marche devient impossible et on doit maintenir la femme S... d'abord sur un fauteuil, puis au lit; arrivent les eschares au sacrum et à la face interne du genou droit, et la malade meurt sans complications épileptiformes.

A partir du jour où la paralysie générale nous apparut, jusqu'au jour de la mort, on ne compte que sept mois. La marche a donc été très rapide.

Était-ce bien de la paralysie générale franche ou de la pseudo-paralysie générale syphilitique? Les renseignements recueillis n'indiquent pas, ainsi que je l'ai fait remarquer dans l'observation, que la femme S... ait eu la syphilis. Les quelques éruptions cutanées présentées par la malade pendant son séjour à l'asile n'avaient rien de caractéristique; son admission à l'Hôtel-Dieu de Nantes, le traitement qu'elle y a subi pendant deux ou trois mois, les injections vaginales qu'on lui a données, tout cela montre bien, comme le dit la mère, qu'elle a eu « du mal ». Mais cette affection vénérienne, était-ce la syphilis? Rien ne nous force à l'admettre. Quand bien même, du reste, la syphilis aurait été contractée, peut-être aurait-elle contribué, par les chagrins, les préoccupations qui l'accompagnent souvent, à produire chez un sujet prédisposé, névropathe, l'accès de manie; mais il est certain, je crois, qu'elle n'aurait pu avoir, dans le cas actuel, une action directe sur la production de la paralysie générale. Dans tous les cas, la paralysie générale développée chez notre malade n'était pas, ainsi que l'a démontré l'autopsie, la pseudo-paralysie syphilitique. Car la syphilis du cerveau, comme le dit M. Christian, se traduit par la gomme, et alors peut déterminer des accidents qui peuvent, jusqu'à un certain point, simuler la paralysie générale.

Plus loin il ajoute : « Si la paralysie générale atteint souvent d'anciens vérolés, elle n'est jamais elle-même de nature syphilitique. »

La femme S... eût-elle gagné la syphilis, elle n'a présenté aucune trace de gommes dans son cerveau, mais seulement les altérations classiques de la péri-encéphalite; elle a donné, de plus, les principaux signes psychiques et somatiques habituels de la paralysie générale. C'est donc bien la paralysie générale vraie, et non la pseudo-paralysie syphilitique. Une dernière question se pose. Puisqu'il y a eu, ainsi que je l'ai démontré, manie d'abord, ensuite paralysie générale, peut-il y avoir des liens de cause à effet entre ces deux affections? La manie a-t-elle pu produire, par une excitation cérébrale constante, la péri-encéphalite diffuse, ou bien ces deux maladies ont-elles pu se développer d'une façon absolument indépendante?

Le point est délicat et c'est avec timidité et réserves que je le discuterai.

Esquirol et Calmeil, son élève, croyaient que la paralysie générale était fréquemment le terme final de toute aliénation mentale, qu'elle en était un épiphénomène, aussi disaient-ils : « Paralysie générale des aliénés. » Cette doctrine fut renversée et avec raison. Esquirol n'avait pas vu que le délire mélancolique, hypémaniaque ou maniaque, était lié souvent à la paralysie générale, qu'il en était un effet. Il ne voyait dans l'excitation maniaque, par exemple, du début de la paralysie générale, qu'une manie, rien qu'une manie. La paralysie apparaissant bientôt avec toute sa netteté, il en tirait cette déduction fautive : les fous meurent souvent paralytiques généraux. Cette théorie a été renversée, mais n'est-on pas allé trop loin? Fallait-il nier absolument, comme on l'a fait, que le mélancolique, le maniaque ne pouvait devenir paralytique général?

Qu'il y avait une sorte d'antagonisme entre la vésanie et la péri-encéphalite ?

Le cas de la femme S... semble confirmer le contraire. Elle était maniaque, elle est devenue paralytique. Ou bien ces deux maladies ont évolué chacune distinctement sans aucun lien de causalité, la paralysie se développant simplement chez un vésanique, ou bien la manie a pu par elle-même produire la paralysie générale.

Je disais dans les *Annales*, à l'article déjà cité plus haut : « Toutes les causes qui congestionnent les centres nerveux (et le délire violent persistant n'est-il pas une de ces causes ?) ne deviendraient-elles pas, par cela même, une de ces incitations irritatives de la névrogie qui activent la multiplication de ses éléments et qui peuvent ainsi passer à l'état de véritables facteurs étiologiques de la paralysie générale ? »

Ce résultat serait rare, mais ne peut-il se produire ? Ce n'est qu'une hypothèse, mais hypothèse qui ne me paraît pas dénuée de fondement.

L'activité de la circulation générale, et par conséquent cérébrale, que l'on rencontre dans un accès aigu de manie, ou même dans l'excitation, l'agitation violente et persistante d'une manie chronique, ne peut-elle pas finir par amener une déviation dans la nutrition et la vitalité de l'organisme cérébral ?

La femme S..., pendant six ans environ de séjour à l'asile, fut soustraite à toutes les causes qui produisent ordinairement la paralysie générale. Pas d'alcool, pas de fatigues intellectuelles, pas de tracas, ni de soucis, son genre de délire devant l'y soustraire. Peut-on incriminer la masturbation ? Je puis, autant qu'il m'est permis de le faire, affirmer qu'elle ne se livrait pas, habituellement du moins, à ces excès. Les renseignements des surveillantes et infirmières sont catégoriques à ce sujet. Or, il

est difficile de croire, vu l'état d'exaltation, d'exubérance du sujet, que la femme S..., si elle eût été coutumière du fait, ne l'eût laissé voir un moment ou l'autre. Du reste, je ne crois guère avec mon excellent chef de service, M. le D^r Biante, à l'influence de la masturbation sur le développement de la paralysie générale. Elle produirait le plus souvent un affaiblissement des facultés avec état mélancolique ou hypochondriaque, voilà tout.

On ne nous signale pas ailleurs aucun traumatisme ancien ou récent.

Comme il n'y a pas d'effet sans cause, il fant ou que les excès antérieurs aient prodnit lentement leur action, que le feu soit resté latent, ait couvé pendant onze ans au moins, en attendant la plus légère étincelle, pour produire l'incendie, et le délire violent, continue, n'aurait-il pas alors été l'étincelle nécessaire pour faire éclater, à un moment donné, cette substance inflammable? — Ou que la manie ait été, par elle-même, le seul facteur à produire la paralysie générale.

Je n'ai pas qualité pour conclure, mais je puis dire que j'inclinerais assez volontiers vers cette dernière hypothèse.

Quoi qu'il en soit de la valeur de ces diverses explications émises dans le cours de la discussion, il résulte que le cas de la femme S... est intéressant à bien des points de vue. Il offre plus d'un enseignement.

En admettant, ce que je ne veux pas croire, que l'état mental présenté pendant onze ans par notre malade fût dû à la péri-encéphalite, il s'ensuivrait que la paralysie générale aurait duré douze ans, ce qui doit être bien rare; que cette affection aurait été, pendant onze ans, cachée sous le masque du délire maniaque bien pur, sans jamais se faire jour à aucune heure de cette longue

période : fait qui serait plus rare encore et absolument étrange.

Si, d'un autre côté, on admet l'hypothèse à laquelle je me rattache, à savoir : qu'il y aurait eu manie d'abord, puis paralysie venant s'y surajouter, on est forcé de tirer cette déduction, qu'il n'y a pas d'antagonisme absolu entre la paralysie générale et la manie pure, héréditaire, comme le courant actuel tend à l'établir. La paralysie générale, à mon avis, peut se développer chez un vésanique. C'est, du reste, encore l'opinion de Voisin. Et, dans ce cas, on peut se demander, si la manie n'a pas une influence sur la marche de l'affection, et même, comme je l'ai dit plus haut, si elle ne peut avoir une influence étiologique sur son propre développement.

Archives cliniques.

26.

ASILE DE LEYME. — M. LE D^r A. DUBUISSON.
MÉDECIN EN CHEF.

Homicides et tentatives d'incendie commis avec préméditation par une maniaque héréditaire.

SOMMAIRE. — Hérédité : Mère morte aliénée, sœur atteinte de manie avec délire érotique. — Malade : Premier accès à l'âge de dix-huit ans, caractérisé par des alternatives de stupeur et d'excitation. — Sortie à titre d'essai en 1863. — Réintégrée au bout de trois mois. — Même état mental. — En 1866, elle essaie d'incendier l'asile. — En 1876, elle crève l'œil droit d'une gardienne. — En 1880, tentative d'évasion. — Kleptomanie. — Vol de plusieurs couvertures découvert par une gardienne. — Assassinat de cette gardienne. — Préméditation, habileté et perfidie extraordinaires dans l'accomplissement de cet acte criminel. — Nouvelle tentative d'assassinat sur une autre gardienne. — Plusieurs tentatives de suicide, soit par précipitation, soit par refus d'aliments.

M... G..., née en 1843 à la campagne, fut placée officiellement à l'asile de Leyme (Lot), pour la première fois en 1861, à l'âge de dix-huit ans.

L'hérédité la prédisposait à l'aliénation ; la mère de l'aliénée, entrée quelque temps après sa fille, était atteinte de manie caractérisée par le trouble permanent des facultés, la perte de tout sentiment affectif et une agitation excessive. Elle mourut dans le marasme trois mois après son entrée.

Une sœur, atteinte aussi de manie avec crises d'agitation et délire érotique, fut séquestrée en 1870 et sortit guérie au bout de six mois de traitement. Cette guérison s'est maintenue jusqu'aujourd'hui.

M... G... est grande, robuste et intelligente ; elle sait

lire, l'expression habituelle de la physionomie est souriante, le regard est fuyant.

L'affection mentale était caractérisée au début par une profonde dépression avec stupeur et gâtisme. Plus tard, survinrent des crises d'excitation, pendant lesquelles la malade était bruyante et grossière, quittait et déchirait ses habits, troublait le repos du quartier par ses chants et ses bruits nocturnes, et retombait ensuite dans son inertie primitive.

Vivement impressionnée par l'entrée de sa mère, elle recouvra momentanément toute sa raison ; mais ensuite elle injuriait sa mère, et, quand celle-ci mourut, son émotion fut de courte durée.

Une sortie, à titre d'essai, fut tentée en 1863. — Libre, la malade ne pouvait rester à la maison paternelle, elle était invinciblement poussée au vagabondage ; aussi dût-on, au bout de trois mois, recourir à une nouvelle séquestration, acceptée d'ailleurs avec résignation.

Des alternatives diverses furent observées, sans que cependant la forme circulaire fût nettement caractérisée ; les notes mensuelles du moins n'en font pas mention.

En 1865, M... G... frappa perfidement, à deux reprises, une gardienne de son quartier.

En 1866, elle essaya de brûler l'asile et mit le feu en cinq endroits différents.

En 1870, elle tenta de nouveau d'incendier la maison : un dimanche, pendant les vêpres, elle mit le feu en plusieurs endroits dans le salon des sœurs et chercha ensuite à s'évader. On avait observé, à cette époque, des crises d'excitation génésique.

En 1876, une gardienne fut victime de sa brutalité : elle portait à la ceinture son trousseau de clefs attachées au moyen d'une lanière de cuir et venait de donner une robe à M... G... qui, saisissant le moment où sa gardienne tournait le dos, se jette sur elle, la terrasse, lui

prend ses clefs et l'en frappe avec une telle fureur qu'elle lui crève l'œil droit. Elle commit bien d'autres méfaits moins graves, cherchant à frapper gardiennes ou malades, mais choisissant ses victimes et le moment le plus favorable pour les surprendre.

A différentes reprises, elle eut des hallucinations de la vue et de l'ouïe, et crut voir des revenants qui entretenaient avec elle des conversations ; elle croyait entendre comme des voix intérieures qui la poussaient à se livrer à des actes de violence.

Toujours elle faisait des récriminations extravagantes ou exagérées, et accusait les personnes qui l'entouraient de forfaits imaginaires, dont elle n'avait pas pu être témoin, mais qu'elle racontait cependant avec une foule de détails.

En 1880, M... G... put s'emparer d'un passe-partout qu'elle tint caché pendant plusieurs mois et dont elle se servit pour s'évader dans les circonstances suivantes :

Des ouvriers étaient venus travailler dans une cour d'isolement et s'étaient servis d'une échelle. Au moyen de son passe-partout elle put s'en emparer et alla la cacher dans la cave du calorifère. Profitant ensuite d'un moment où on l'avait laissée seule, elle alla chercher l'échelle et franchit le mur après avoir caché dans un coin de la cour le passe-partout dont elle voulait encore se servir après sa réintégration.

A cette perversité se joignit chez elle l'instinct du vol. Toutes les fois qu'un objet disparaissait dans le quartier, on était sûr de le retrouver soit dans son lit, soit sous ses vêtements. Aussi était-elle presque toujours isolée dans une cour pendant la journée et dans une loge pendant la nuit.

En 1884, à la suite de la disparition de plusieurs couvertures qu'elle avoua avoir jetées par-dessus le mur, elle fut enfermée dans sa loge.

Dans la cour des loges se trouve la chambre de la gardienne qui s'était, la première, aperçue de la disparition des couvertures ; M... G... lui en voulait beaucoup. Cette chambre a deux portes, dont l'une, condamnée par un lit du dortoir contigu, ne s'ouvre presque jamais.

La gardienne laissait quelquefois sur la table de sa chambre la clef des loges. M... G... savait cela ; elle savait aussi que la porte de la chambre, condamnée en apparence, n'était pas fermée à clef.

Pendant le dîner des gardiennes, elle appela une malade occupée aux soins du ménage intérieur et, lui parlant à travers la grille de sa loge, lui dit d'aller dans la chambre de la gardienne où elle pourrait entrer en tirant le lit et en poussant la porte, et de lui apporter une grosse clef qu'elle trouverait sur la table. Elle lui promit pour sa peine une pomme, qu'elle lui donna en effet.

Quand la gardienne rentra, tout avait été remis en place et elle ne s'aperçut de rien. M... G... la guettait ; après avoir ouvert la porte de sa loge en passant la main à travers la grille, elle sort sans bruit, armée d'un morceau de fer qu'elle avait tenu caché on ne sait où, suit la gardienne, la frappe par derrière et s'acharne sur elle jusqu'à ce qu'elle lui eut brisé le crâne et l'eût laissée pour morte.

Elle lui prend son trousseau de clefs, se lave soigneusement les mains à la fontaine de la cour, met dans le lit d'une autre malade son tablier et son fichu tout couverts de sang, enterre la clef des loges dans une cour d'isolement, le passe-partout dans l'autre cour et rentre dans sa loge dont la serrure peut se fermer sans clef en tirant la porte vivement.

La pauvre gardienne put cependant se traîner à la fenêtre et appeler au secours ; elle mourut au bout de quelques heures. Aucune malade ne se trouvant dans la cour en ce moment, on connut aussitôt la coupable,

malgré les précautions qu'elle avait prises pour écarter tout soupçon. « Je n'ai rien fait, dit-elle, puisque je suis enfermée. »

A la suite du meurtre, M... G... racontait cyniquement tous les funestes projets qu'elle avait accomplis et ceux qu'elle se promettait d'accomplir encore. Son regard avait en ce moment un cachet de férocité dont je n'ai jamais vu d'exemple.

Depuis, un règlement spécial ordonne de la maintenir isolée dans sa loge ou dans la cour avec la camisole ; cependant, un jour qu'on la faisait sortir dans la cour, elle se plaignit d'avoir les bras engourdis et demanda à sa gardienne de lui délier les liens qui maintenaient les bras croisés. Ces liens furent déliés, mais on lui laissa la camisole. Au moment où la gardienne était occupée à fermer une fenêtre, M... G... vint derrière elle à pas de loup, la saisit par les cheveux et chercha à la terrasser et à l'entraîner dans sa loge où elle aurait voulu l'enfermer avec elle pour l'étouffer ensuite ; car la gardienne ayant toujours sur elle les clefs des loges et la porte pouvant se fermer seule, il eût fallu briser la grille avant de pouvoir porter aucun secours. Heureusement la gardienne ne perdit pas son sang-froid et put résister en attendant qu'on vint lui prêter main-forte.

Aujourd'hui, il est défendu à toute gardienne de demeurer seule avec elle dans la cour ou de pénétrer seule dans sa loge, dont la serrure est d'un système spécial ; en un mot, toutes les précautions sont prises pour empêcher l'imprévoyance que pourrait amener l'habitude du danger.

De temps en temps surviennent des crises délirantes avec excitation bruyante et délire religieux ou lypémanique. M... G... a tenté de se suicider en 1885 en se jetant au fond du saut-de-loup ; elle a aussi essayé de se laisser mourir de faim et dut être nourrie à la sonde.

Elle a toujours le même air douxereux et fait les plus belles promesses.

Nous avons cru utile de nous étendre, trop longnement peut-être, sur cette observation d'une folle séquestrée à deux reprises, prédisposée par l'hérédité à l'aliénation mentale et dont l'affection est caractérisée par des hallucinations, des impulsions et des alternatives d'excitation maniaque et de folie dépressive, pour montrer qu'un aliéné peut agir avec préméditation, et même avec beaucoup d'habileté ; ce qui est loin d'être admis par tout le monde.

Nous ajouterons, en terminant, qu'il serait à désirer de pouvoir centraliser les aliénés dangereux, comme l'est M. G..., dans un asile spécial où seraient prises toutes les dispositions nécessaires pour exercer une surveillance continue et éviter les évasions.

La présence de ces aliénés dans les asiles ordinaires est une source de difficultés matérielles, et, au point de vue moral, cette présence, en entretenant chez les autres malades le souvenir d'actes dangereux, exerce sur eux une action défavorable. D'ailleurs, ceux de ces aliénés qui ont des périodes de lucidité verraient avec plaisir leur déplacement.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

4
SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1888.

Présidence de M. COTARD.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Marandon, de Montyel, demandant à être nommé membre titulaire. — Une commission, composée de MM. Falret, Féré et Saury, est désignée pour présenter un rapport sur cette candidature.

2° Une lettre de M. le Dr Jules Morel, de Gand, secrétaire général de la Société de médecine mentale de Belgique, rappelant que la Société médico-psychologique de Paris n'a pas encore donné communication du rapport sur la classification des maladies mentales. — Renvoyée à une commission composée de MM. Magnan, Christian et Paul Garnier.

Ont été adressés les ouvrages suivants :

1° Le Rapport des inspecteurs généraux des asiles d'aliénés de la Hollande.

2° Le Bulletin du manicomie privé de Fleurent.

3° Les Annales médico-chirurgicales.

4° Le Bulletin trimestriel de la Société d'études philosophiques et sociales.

M. MORER présente, de la part de M. le Dr Dufestel, une thèse inaugurale : « *Les maladies simulées chez les enfants.* »

M. PAUL GARNIER dépose sur le bureau une brochure intitulée : « *La simulation de la folie et la loi sur la relégation.* »

Rapport de la commission des finances.

M. MITIVIÉ. — Messieurs, dans votre dernière séance vous avez chargé M. Guignard et moi de l'examen des comptes du trésorier ; nous sommes heureux de vous dire qu'une fois de plus, nous avons constaté la parfaite régularité avec laquelle ils sont tenus, et la sage économie qui préside à l'emploi des fonds de notre Société.

L'exposé suivant vous en fera juges.

Les dépenses de l'année 1887 se sont
élevées à. 963 fr. 70

Somme presque entièrement consacrée au loyer de la salle des réunions et aux frais d'impression du compte rendu des séances.

Les recettes ont atteint un chiffre de. 1,152 fr. »
soit donc un excédent de. 183 fr. 30
qui, ajouté au reliquat de l'an passé, forme une somme disponible de. 2,535 fr. 05
non compris quelques frais de diplômes non recouvrés et qui seront reportés à l'examen prochain.

L'avoir disponible au 31 décembre 1887 est donc
de. 10,509 fr. 55

Ainsi décomposé :

En rente 3 0/0.	4,095 fr. 05
En caisse.	2,535 fr. 05
Caisse Aubanel.	3,194 fr. 45
Caisse Belhomme.	535 fr. »
Caisse Moreau (de Tours)	150 fr. »

Total. 10,509 fr. 55

Cette somme devrait être augmentée du legs de M. Bourdin ; mais, à cause de formalités administratives, il n'a pu être encore encaissé.

Ces chiffres établissent suffisamment la prospérité financière de notre Société. Nous vous proposons de donner votre approbation aux comptes de l'exercice 1887 et d'adresser des remerciements à M. le Trésorier.

Les conclusions du rapport de M. Mitivié sont adoptées et des remerciements sont votés à M. le Trésorier,

Rapports de candidatures.

M. BRIAND. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Falret, Ball et Briand, de vous rédiger un rapport sur la candidature de M. Vallon, qui sollicite de faire partie de notre Société, en qualité de membre titulaire. Il ne nous a pas paru nécessaire de nous étendre largement sur cette candidature, car M. Vallon n'est pas un inconnu pour nous. Il y a quelques années, en effet, à la suite d'un rapport de M. Garnier, vous lui avez accordé déjà le titre de membre correspondant. M. Vallon, ancien interne des asiles de la Seine, est aujourd'hui médecin en chef de l'asile de Villejuif et secrétaire de la rédaction d'un journal de médecine consacré à notre spécialité. La Société ne peut que gagner en associant plus intimement à ses travaux un collègue instruit et actif. Votre commission vous propose, en conséquence, d'accueillir favorablement la demande qui vous est adressée et d'accorder à M. Vallon le titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Les conclusions du rapport de M. Briand sont adoptées et M. Vallon est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre titulaire.

M. CHASLIN. — Messieurs, vous avez nommé une commission, composée de MM. Falret, Cotard et Chaslin, pour vous présenter un rapport sur la candidature de M. le Dr Pottier au titre de membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Interne des asiles du département de la Sarthe, puis de la Seine, enfin médecin de la maison de santé de Vanves, M. Pottier a acquis dans ces positions successives une connaissance approfondie de l'aliénation mentale. Sa thèse, récompensée par la Faculté de Paris, continue dignement les communications et les leçons de M. Falret sur les aliénés persécuteurs. Permettez-moi de vous faire un résumé rapide de cet excellent travail.

Les persécutés que Lasègue a étudiés le premier, dont M. Falret a donné une description magistrale, les persécutés classiques, peuvent se diviser en deux catégories, les passifs et les actifs. Ces derniers deviennent des

persécuteurs. Après avoir, sous l'influence de leurs interprétations délirantes, puis de leurs hallucinations, attribué leurs souffrances morales et physiques à des personnes indéterminées, puis à des groupes de personnes, ils en arrivent à la concentration sur un seul individu qu'ils découvrent être leur principal ennemi. Contrairement aux passifs, c'est sur eux-mêmes qu'ils comptent pour leur vengeance, ils ne mettent pas l'autorité dans leurs confidences, mais ils s'adressent directement à la personne que leur délire a désignée. Ils l'accablent de reproches écrits, de lettres injurieuses, de menaces, d'insultes et enfin, se portant aux coups, ils la blessent ou la tuent. Une fois que leur rumination intellectuelle a trouvé leur ennemi, ils ne l'abandonnent plus, et l'intensité de leur haine tenace, patiente et sournoise semble s'accroître par sa concentration même. De temps en temps, une rémission vient interrompre en apparence l'évolution systématique du délire, mais c'est surtout l'assouvissement de la vengeance qui amène une détente marquée dans tous les phénomènes morbides, circonstance bien importante au point de vue médico-légal.

Pouvait-on prévoir que ces malades réagiraient ainsi et que, loin de fuir ou de se plaindre comme des persécutés passifs, ils deviendraient des aliénés dangereux ? Lasègue croyait que le caractère devait jouer un certain rôle dans la manière de réagir de l'aliéné ; mais en tous cas on sait qu'un tiers au moins des individus qui deviendront plus tard des persécutés sont, dans leur enfance, sombres, taciturnes, défiants et soupçonneux.

Une autre variété de malades peut encore mériter le nom de persécuteurs, quoiqu'ils soient cliniquement bien distincts des premiers, s'ils leur ressemblent par la violence de leurs actes. Ce ne sont pas des persécutés type Lasègue, ce sont des aliénés raisonnants, des fous lucides, des persécutés type Falret. Partant ordinairement d'un fait vrai, ils mettent au service de leurs idées délirantes les ressources d'une intelligence souvent vive, d'une logique serrée, d'une activité d'esprit et de corps incessante et variée. Pas d'hallucinations de l'ouïe, pas de dédoublement de la personnalité, pas d'idées de grandeur, pas de dissociation intellectuelle marquant la

dernière phase de l'évolution. Au contraire, l'interprétation fausse n'est que le point de départ d'une foule d'actes accomplis au grand jour, procès devant les tribunaux, menaces, chantages, lettres si caractéristiques, mémoires imprimés, qui se terminent par des coups de couteau ou de pistolet. Mais ce délire est bien plus variable que celui du persécuteur à hallucinations. Il change d'objet et même, en progressant, au lieu de se concentrer, il s'étend, il s'étale et arrive à englober une foule de personnes dans la haine que l'aliéné portait primitivement à un petit nombre ou à un seul. L'aliéné reste intelligent, il est souvent orgueilleux, sans idée délirante de grandeur ; mais il est souvent sujet, comme Sandon, à des accidents cérébraux qui montrent la désorganisation profonde de son système nerveux. Cette tare est d'ailleurs révélée par ces stigmates physiques et moraux, plus marqués chez eux que dans l'autre classe de persécuteurs, ces stigmates que Morel a si bien établis.

Nous passons rapidement sur les subdivisions en plusieurs groupes de ces persécuteurs ; entre autres, il faut citer le *Quærlantenwahnsinn* de Krafft-Ebing.

L'examen de l'ensemble de la vie de l'aliéné a une importance capitale, surtout quand il s'agit de médecine légale qui se résume tout entière dans une question de diagnostic, comme le disait M. Falret père ; chez ces persécuteurs raisonnants, il faut tenir compte de tout et non pas de quelques signes, comme il suffirait presque de le faire pour l'autre variété.

Ne croyez-vous pas, Messieurs, que le parallèle, la comparaison et la distinction entre les deux ordres de persécutés persécuteurs exige un grand sens clinique et un esprit qui ne saurait admettre que des classifications naturelles et fondées sur l'observation complète du malade ? De telles qualités rendraient la collaboration de M. Pottier précieuse pour la Société. La distinction flatteuse qu'il a déjà reçue nous fait présager d'avance, croyons-nous, celle que vos suffrages vont lui accorder aujourd'hui.

Les conclusions du rapport de M. Chaslin sont adoptées, et M. Pottier est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre titulaire.

M. CHARPENTIER. — Messieurs, les travaux que M. D^r le Lemoine a présentés à notre commission, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant, sont aussi nombreux qu'importants.

Ancien interne des hôpitaux de Lyon, puis de l'asile de Bron, M. Lemoine soutient en 1884, à Lyon, sa thèse inaugurale sur l'anatomie générale du cordon ombilical, qui permet d'apprécier l'étendue de ses connaissances histologiques, ce qui s'explique par les fonctions qu'il a remplies de préparateur, pendant quatre ans, du cours du professeur Renant.

Chef de clinique des maladies mentales, sous la direction du professeur Pierret, M. Lemoine soutient, deux ans plus tard, en 1886, sa thèse d'agrégation sur l'antisepsie et est nommé agrégé de la Faculté de Lille. De 1886 à 1888, il est chargé du cours de thérapeutique à la même Faculté, puis est nommé médecin adjoint à l'asile d'Armentières, ensuite à l'asile de Bailleul.

Nous ne ferons que signaler les travaux de M. Lemoine sur les thrombus des sinus veineux, sur les calculs du périnée, l'ichthyose, le lichen plan, le méthylol et les températures basses des pneumonies, en raison de leur rapport éloigné avec l'objet de notre Société.

Dans une étude sur la blépharoptose cérébrale, M. Lemoine rattache ce symptôme à un ramollissement du pli courbe.

Dans d'autres recherches sur l'épilepsie cardiaque, publiées également dans les revues de médecine, l'auteur rapporte plusieurs faits d'épilepsie d'origine congestive par lésion mitrale, ou d'origine anémique par lésion aortique.

Dans une série de travaux personnels et dans des thèses qu'il a inspirées à ses élèves, M. Lemoine a particulièrement étudié l'anatomie pathologique de l'hémichorée, dont il élargit le terrain anatomique en rattachant ce phénomène à toute irritation des centres ou des cordons moteurs.

Tout récemment, dans le *Progrès médical*, M. Lemoine est venu confirmer, par de nombreuses observations, les résultats déjà présentés par M. Bourneville sur l'élévation de température dans les attaques épileptiques.

En raison du nombre et de l'importance des travaux de M. Lemoine et de la valeur de ses titres, votre commission a l'honneur de vous proposer de nommer M. Lemoine membre correspondant de la Société.

Les conclusions du rapport précédent sont adoptées, et M. le D^r Lemoine est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

Mutisme et paralysies hystériques ayant fait croire à une hémiplegie avec aphasie. — Guérison par l'hypnotisme.

M. RITTI donne lecture de l'observation suivante, envoyée par M. le D^r URÉCHIA, médecin adjoint des hôpitaux de Bucharest (Roumanie) :

La femme A..., objet de la présente observation, est âgée de trente-deux ans, elle tient avec son mari un débit de boissons.

La maladie pour laquelle on la fait entrer à l'hôpital a débuté il y a cinq jours : A... était en train de servir à boire aux clients, lorsqu'elle voit son mari furieux gifler son fils. Saisie d'émotion et de frayeur, elle tombe, privée de connaissance. Transportée au lit, elle revient à elle peu de temps après, nous dit-on, paralysée du côté droit et ne pouvant parler. On appelle un médecin qui diagnostique, nous dit-on, une hémorrhagie cérébrale et ordonne un purgatif et un vésicatoire à la nuque.

Ces renseignements nous faisaient penser aussi que nous trouverions une hémiplegique avec aphasie ; aussi fûmes-nous tout d'abord surpris de trouver la malade assise sur son lit, se servant de ses deux mains pour ranger la table de nuit.

Nous examinons la malade et nous ne trouvons pas plus de paralysie du membre inférieur droit que du supérieur. Nous interrogeons la malade, celle-ci, en portant la main à sa bouche et par différents autres gestes, tâche de nous faire comprendre qu'elle ne peut parler. On voit facilement par ses gestes, par la pantomime variée à laquelle elle se livre, que la malade comprend très bien les questions, qu'elle jouit de l'intégrité absolue de son intelligence. Elle ne sait ni lire ni écrire.

Nous lui demandons quels étaient les membres paralysés et elle nous montre le bras *droit* et la jambe *gauche* ; surpris, nous insistons, croyant à une erreur, mais elle maintient son affirmation. Ce fait, qui évidemment élimine une lésion organique (hémorrhagie ou autre), ce fait et les caractères de son mutisme nous font penser à l'hystérie et, en effet, l'étude de la malade, les renseignements complémentaires nous montrent clairement que nous sommes en présence de manifestations de cette névrose.

En recherchant les caractères de son mutisme, nous retrouvons là les caractères essentiels donnés par Charcot, caractères « qui le distinguent et en font un groupe clinique vraiment autonome, original, reconnaissable entre tous ». Rien de plus nettement hystérique que le début, la période d'état, la disparition du mutisme et des phénomènes paralytiques présentés par notre malade. Qu'on en juge : début soudain, brusque ; elle voit son mari furieux frapper son fils, et, saisie de frayeur et d'émotion, elle tombe à terre, non pas sur le coup d'une hémorrhagie cérébrale, mais bien en proie à une attaque d'hystérie, car, ainsi qu'on nous l'a rapporté ultérieurement, elle a présenté des convulsions dans les quatre membres.

La crise finie, la malade reste paralysée du bras *droit* et de la jambe *gauche*, et dans l'impossibilité absolue de parler. Les paralysies disparaissent avant son entrée à l'hôpital.

La malade ne conserve que son mutisme, mutisme présentant les caractères assignés par Charcot au mutisme hystérique. Aussi notre malade est complètement aphone et aphasique, quoi qu'elle remue parfaitement langue, lèvres, voile du palais, etc., et qu'elle ait conservé intacte son intelligence. La malade ne cherche même pas à parler, elle a recours d'emblée à une pantomime très expressive pour nous répondre.

Il n'y a pas non plus lieu de penser à une paralysie hystérique des muscles du larynx, car la voix chuchotée est également perdue chez notre malade.

Et, pour affermir notre diagnostic, nous trouvons en plus une plaque d'anesthésie à l'avant-bras droit et une zone très douloureuse à la pression, au sommet de

la tête. Convaincu que nous étions en présence de phénomènes hystériques, nous essayons, séance tenante, d'hypnotiser notre malade par la fixation du regard sur un porte-mine luisant. Dix minutes n'étaient pas écoulées que notre malade était endormie. Disons en passant, que nous n'avons pu obtenir les trois états classiques de Charcot, mais que notre malade nous a présenté l'état que l'école de Nancy a désigné par le qualificatif de « sommeil profond ». Dans cet état, nous adressons différentes questions à la malade — pas de réponse; nous lui demandons plus impérieusement son nom, et la malade, par les mêmes gestes qu'à l'état de veille, nous fait comprendre qu'elle ne peut parler. Nous lui affirmons qu'elle n'a qu'à vouloir et qu'elle pourra parler, qu'elle peut le faire, qu'elle doit le faire.

A ces injonctions, la malade se décide à remuer les lèvres; nous insistons et, finalement, elle nous dit son nom avec quelque hésitation et à voix basse d'abord, forte à la suite de suggestions renouvelées.

Réveillée, la malade est saisie de pouvoir parler et très contente, car elle était très ennuyée de ne pas pouvoir le faire, — à ce qu'elle raconte.

Ayant complètement reconvré sa voix, la malade nous apprend qu'elle est extrêmement nerveuse et souffre, depuis l'âge de dix-huit ans, de crises nerveuses. En fait d'antécédents héréditaires, nous ne trouvons pas grand'chose; notre malade a perdu sa mère en bas âge, et son père serait, à son dire, bien portant, — peut-être alcoolique. Rien sur les collatéraux.

Observation de glycosurie au début de la paralysie générale.

M. ROUILLARD. — Messieurs, vous avez certainement encore présente à la mémoire l'intéressante communication que faisait récemment ici M. Christian, sous le titre de « Période prédélirante de la paralysie générale ». La plupart des troubles qu'il a cités sont d'origine syphilitique ou tabétique; mais d'autres, tels que les diarrhées et les entérorrhagies, étaient également intéressants à noter. C'est ce qui m'a donné l'idée de vous communiquer le cas suivant :

Le malade, G..., était un garçon coiffeur, âgé de

quarante ans, homme très robuste, mais d'un tempérament nerveux et hypochondriaque. Fort sobre, il était dans son travail d'une régularité exemplaire, et n'a fait aucun excès d'aucune sorte. Syphilis, il y a quatre ans, bien traitée; peu d'accidents secondaires. Huit mois avant que je le soigne, douleurs de tête, douleurs ostéocopes, fourmillements dans le bras gauche. Traitement spécifique ordonné par un médecin de la rue de Bondy, et disparition des troubles en quinze jours.

En mois de mai, le malade vient me consulter pour une légère constipation. En sortant de chez moi, il remonte le faubourg Saint-Martin au lieu de le descendre. Quoiqu'il habite le quartier depuis vingt ans, il ne s'aperçoit pas de son erreur, et continue pendant deux kilomètres jusqu'aux fortifications. Là, se croyant perdu, au lieu de demander son chemin, il s'assoit sur un banc et pleure. Un ami qui passait le reconnaît. G... reconnaît bien son ami, mais ne peut dire d'où il vient. Il est fort étonné d'avoir à la main une ordonnance médicale. A part cette poussée d'amnésie, rien à signaler jusqu'au mois d'août. Le malade vient alors me consulter pour une frigidity génésique qui le tourmente beaucoup, car il veut se marier.

J'étais absent de Paris. Il consulta l'ami qui me remplaçait, le D^r Maireau, que j'ai eu le chagrin de perdre récemment et qui était un homme fort méticuleux. Il examina ses urines et y trouva du sucre. M. Jaunet, pharmacien, examina, huit jours après, ces urines et les dosa. Il y en avait environ 12 grammes par litre. Mon ami diagnostiqua diabète et mit le malade au traitement ordinaire.

Quinze jours après, le 10 septembre, je fus appelé près de G... Depuis qu'il se croyait diabétique, il se lamentait sans cesse et ne parlait que de se suicider. J'examinai les urines et les fis analyser par un chimiste du Laboratoire municipal. On n'y trouva pas de sucre. Il n'avait pas suivi le régime antidiabétique. G... venait me consulter, quelques jours après, pour une petite diarrhée qui le tourmentait beaucoup, il craignait le choléra. Mais il lui fut impossible de dire si cette diarrhée avait eu lieu le matin, la veille ou l'avant-veille.

Il n'y avait pas le moindre symptôme somatique, et

ses préoccupations hypochondriaques n'atteignaient pas la hauteur du délire. Cependant ces poussées d'amnésie me firent soupçonner un début de paralysie générale. Connaissant les antécédents syphilitiques de G..., je le mis au traitement spécifique.

Mon diagnostic fut confirmé le 25 octobre. G... vint me voir parce qu'il ne pouvait plus mouvoir ses yeux, disait-il. Il n'avait pas le moindre trouble, ni de la vision, ni de la motilité de l'œil et de ses annexes. En même temps, inégalité pupillaire, tremblement fibrillaire de la langue, léger embarras de la parole. La maladie continua sa marche avec un délire hypochondriaque très accentué. Le malade me dérangerait plus de vingt fois en un mois, soit de jour, soit de nuit, par ce qu'il avait la tête grosse comme le poing, que ses oreilles avaient diminué de moitié, qu'il avait grandi de cinquante centimètres, etc. Toujours plus de sucre dans les urines. Comme il racontait ses misères physiques dans le salon de coiffure, les clients commençaient à désertier la boutique, et son patron me pria de le faire interner. Il entre le 26 novembre à Sainte-Anne et est transféré à Vancluse. Là, le délire continue, avec quelques phases d'excitation. Le 2 décembre, à huit heures et demie du soir, on trouve G... mort dans son lit, étranglé avec sa cravate. Est-ce le suicide d'un hypochondriaque ou le résultat de la maladie d'un paralytique général? Quant aux lésions qu'il aurait pu présenter, je les ignore; l'autopsie n'a pas été faite.

Réflexions. — Ce cas est un cas vulgaire de paralysie générale, mais la glycosurie passagère de ce malade m'a paru digne d'être citée. Elle a précédé de très peu, d'un mois environ, l'explosion du délire. Elle est apparue sans aucune cause appréciable. Pas de froid, pas de chute sur la tête, pas de surmenage, ni de chagrins; pas de paludisme, pas de signes de syphilis cérébrale, à ce moment du moins, pas d'autres symptômes de diabète. Nous sommes donc ici en présence d'une glycosurie nerveuse, analogue à celle qu'on rencontre dans les traumatismes cérébraux, les tumeurs cérébrales, la syphilis cérébrale, les foyers hémorragiques, les ramollissements. Il est fort probable que, dans ce cas de paralysie générale, il s'est fait une lésion passagère, probablement

une poussée congestive du côté du plancher du quatrième ventricule, de même qu'il y a eu des poussées d'amnésie.

Malgré mes recherches, je n'ai pu trouver dans les auteurs de cas semblable à celui-ci. Un confrère me citait cependant un cas analogue. — Le D^r Baudin, étant l'année dernière aux eaux en Auvergne, fut appelé en consultation auprès du maire d'une ville des environs. Cet homme présenta, sans aucune cause apparente, et sans autre symptôme de diabète, une glycosurie qui dura trois semaines. J'ignore la quantité de sucre excrétée. Elle cessa brusquement, et fit place à un délire hypochondriaque qui apparut trois semaines plus tard avec le cortège des symptômes physiques habituels de la paralysie générale. M. le D^r Baudin a eu récemment des nouvelles du malade. L'affection a continué son cours. La glycosurie ne s'est pas reproduite.

Il ne faut pas, je crois, confondre ces deux cas de glycosurie nerveuse avec ceux où la paralysie générale a succédé à un véritable diabète, tels que Marchal, de Calvi, en a publié un cas. Le malade diabétique fut opéré d'un énorme anthrax de la gouttière vertébrale droite, et mourut sept ans après, d'une paralysie générale progressive.

Il serait à désirer que ceux de nos confrères qui ont vu des cas semblables les publient. On ferait ainsi, je le crois, un chapitre intéressant de la paralysie générale.

M. CH. FÉRÉ. — Les faits signalés par M. Rouillard sont très intéressants. Je ferai remarquer, toutefois, que, considérée isolément, la glycosurie transitoire n'a pas grande valeur au point de vue du diagnostic et du pronostic. On l'observe, en effet, quelquefois chez les névropathes à la suite de fatigues physiques, d'excès vénériens, d'émotions dépressives ou de travaux intellectuels exagérés (1); je soigne depuis plusieurs années un malade qui, chaque fois qu'il se livre à un travail intellectuel un peu assidu, a des accès de glycosurie avec presque 40 et 50 grammes de sucre par litre; il a

(1) Ch. FÉRÉ. — *Des troubles urinaires dans les maladies du système nerveux, et en particulier dans l'ataxie locomotrice* (Archiv. de neurologie, n° 20, 1884).

actuellement près de soixante-dix ans, et semble à l'abri de la paralysie générale.

M. BRIAND souscrit aux remarques de M. Féré. Rappelant des recherches nombreuses qu'il a faites autrefois à Sainte-Anne, dans le service de Magnan, il dit avoir trouvé du sucre dans les urines de beaucoup d'aliénés, surtout lorsque celles-ci étaient recueillies après des repas copieux. Il y a donc lieu d'être réservé avant de déclarer que l'on a affaire au diabète, et il ne lui semble point démontré que le malade de M. Rouillard soit véritablement un diabétique.

M. ROUILLARD fait remarquer qu'il n'a point voulu parler du diabète, mais simplement de la glycosurie, ainsi que l'indique le titre même de sa communication.

M. CHARPENTIER. — J'ai résumé ainsi qu'il suit à la Société de médecine de Paris, dans sa séance du 22 octobre 1887 (n° 139 de l'*Union médicale*), une observation qui a trait à la communication de M. Rouillard.

Il s'agit d'un cas de diabète et de paralysie générale observé sur un même sujet, âgé de quarante-quatre ans, ayant eu des fièvres en Cochinchine, la syphilis, une irido-choroïdite double d'une durée de plus de deux ans, et disparue six mois avant l'invasion de la paralysie générale; de plus, excès antérieurs de toutes sortes. La présence du sucre dans les urines fut constatée pendant l'irido-choroïdite, mais nous ne vîmes le malade que lorsque la paralysie générale fut établie; il urinait alors de 10 à 23 grammes de sucre par jour et 3 à 13 grammes d'urée; certains jours, et, malgré la même alimentation et le même régime, les urines ne contenaient aucune trace de ces substances, mais la physionomie de la paralysie générale n'en subissait aucune modification. Les symptômes les plus caractérisés étaient les suivants : perte de la mémoire, idées de satisfaction, inconscience de sa situation et du milieu qui l'entourait, inégalité pupillaire, embarras de la parole, affaiblissement musculaire progressif, amaigrissement modéré, sueurs nocturnes et abondantes, appétit exagéré, accès de coma irréguliers, avec haleine fétide; ce furent les accès de coma qui nous firent rechercher le sucre dans les urines; le père était mort à Bicêtre dans le service de M. Delasiauve, d'une paralysie générale; il n'y

avait pas d'antécédents arthritiques connus dans la famille.

*Sur l'origine de quelques idées délirantes
dans la paralysie générale.*

M. KLEIN. — Rien n'est plus fréquent, dans la paralysie générale, que les idées délirantes qui ont trait à la personnalité physique du malade. A chaque instant, dans les asiles, les paralytiques généraux vous arrêtent et souvent vous forcent à admirer leurs belles dents, leur peau blanche, leur barbe en or, etc., etc.; on bien ils vous disent qu'ils n'ont plus d'estomac, que leur cœur est déplacé, qu'on leur a enlevé le cerveau, suivant qu'ils présentent la forme expansive ou hypochondriaque du délire. Or, si les troubles de circulation cérébrale et les lésions matérielles de la paralysie générale nous expliquent suffisamment l'apparition, dans cette maladie, du symptôme délire en général, elles ne nous rendent nullement compte de la prédominance habituelle de ces idées délirantes particulières, se rapportant à l'organisme du malade. Il est donc légitime de chercher ailleurs la raison de cette prédominance et de se demander s'il n'y a pas dans les autres symptômes de la maladie, et surtout dans l'état somatique du paralytique général, quelque chose qui puisse nous faire saisir la genèse de ce délire particulier.

Cette idée de vouloir établir des rapports entre le délire et les troubles somatiques que présente tel ou tel malade n'est certainement pas neuve. Il y a longtemps qu'on a parlé du rapport étroit qui doit exister entre la sitiophobie des mélancoliques et le mauvais état de leur tube digestif. Mais il me semble qu'on n'a pas assez insisté jusqu'à présent sur ce phénomène en ce qui concerne les paralytiques généraux hypochondriaques. D'un autre côté, personne, à ma connaissance, n'a cherché à établir, jusqu'à présent, un rapport quelconque entre les idées de satisfaction personnelle dont nous venons de parler et les désordres de la sensibilité générale que paraissent présenter ces paralytiques, surtout au début de leur maladie. C'est ce que je vais essayer de faire ici.

Prenons d'abord la forme hypochondriaque, pour laquelle ces rapports sont plus évidents et plus faciles à

établir, et qu'il me soit permis de rapporter ici une courte observation avec autopsie, que j'ai recueillie, l'année dernière, pendant mon internat à Sainte-Anne, dans le service de mon excellent maître, M. le professeur Ball.

Le nommé B..., d'origine alsacienne, est entré à la clinique le 17 octobre 1886. Il présente les symptômes classiques de la paralysie générale : affaiblissement considérable de toutes les facultés et surtout de la mémoire, embarras de la parole, pupilles très dilatées et inégales, et un symptôme particulier, sur lequel le chef de clinique, mon ami, M. le Dr Pichon, appelle mon attention, notamment la chute de la paupière supérieure du côté gauche. Ce malade présente en même temps une paralysie vésicale et intestinale assez opiniâtre et un délire hypochondriaque très caractéristique. Il refuse de manger, et, lorsqu'on insiste auprès de lui, « je ne puis pas manger, » répond-il, « je suis bouché, j'ai la tête de mon frère et de ma sœur dans le ventre. » — Cette sitrophobie a duré plus d'un mois, avec quelques jours d'interruption, et la réponse du malade revenait toujours la même dès qu'on approchait de lui quelque nourriture. Le malade ne tarda pas à succomber, et à l'autopsie, que j'ai pratiquée en présence du chef de clinique, j'ai trouvé, en dehors de lésions cérébrales, tout l'intestin grêle, depuis le duodénum jusqu'au cœcum, occupé, à une certaine distance l'une de l'autre, de masses de matières très dures, dont chacune obturait presque complètement la lumière du canal intestinal. Il me semble difficile de ne pas voir de rapport direct entre ce fait d'autopsie et l'idée délirante qui prédominait chez ce paralytique général, et je crois logique de dire que, dans ce cas, et dans les cas analogues, le malade, en émettant son idée délirante, ne fait que donner corps aux sensations qui lui sont fournies par ses différents organes, dont le fonctionnement est presque toujours entravé chez cette catégorie de paralytiques. Et non seulement ils donnent corps à leurs sensations, mais encore ils revêtent souvent ce corps d'une certaine forme, ils *allégorisent* leurs sensations, si l'on peut ainsi s'exprimer.

Le délire hypochondriaque de ces malades serait donc essentiellement d'origine sensitive et aurait pour point

de départ des troubles de ce qu'on est convenu d'appeler la sensibilité générale.

Voyons maintenant la forme expansive du délire paralytique. A ce propos, je me permettrai de raconter ici un petit accident qui m'est arrivé l'année dernière. Un jour, au moment de la contre-visite, je me suis trouvé en présence d'un jeune paralytique général, nommé N..., et dont l'observation a été rapportée par mon ami et collègue M. le Dr Vrain, dans sa thèse inaugurale « Sur la paralysie générale à début précoce ». Le malade était un peu excité. Je me disposais à lui causer, lorsqu'il m'empoigna par les bras et m'entraîna malgré moi jusqu'au bout de la salle où nous étions, en criant : « Attendez, monsieur, il faut que vous voyiez. » — Connaissant le malade et sachant qu'il n'était point méchant, comme d'ailleurs presque tous les paralytiques, je me suis laissé faire, afin de voir où il voulait en venir. Arrivé auprès d'une fenêtre, le malade me relâcha et se mit à se déshabiller avec une précipitation extrême; puis, sa poitrine mise à nu, il s'écria : « Regardez, monsieur, regardez comme j'ai la peau blanche. » — Le lendemain et pendant quelque temps encore, on ne pouvait pas passer auprès du malade sans qu'il se mette à retrousser ses manches pour faire admirer « ses beaux bras blancs ».

Pour qu'un malade agisse de la sorte, il faut, ce me semble, qu'il y ait, dans son état, quelque chose de plus qu'une simple excitation cérébrale; il faut que sa sensibilité générale se trouve dans un état d'exaltation morbide. La démonstration de ce que je crois vrai est un peu difficile. Je ne puis pas invoquer de fait d'autopsie à l'appui de ma thèse, comme je l'ai fait pour le délire hypochondriaque. Mais, à défaut d'autopsie, quelques considérations théoriques, que je me permettrai de vous soumettre, rendront, je crois, mon assertion fort probable.

Il y a d'abord un fait physiologique bien connu de tout le monde, c'est l'influence considérable du physique sur le moral de l'homme à l'état normal. Une bonne digestion, une respiration libre contribuent pour beaucoup à rendre l'homme content et heureux. Or, il est incontestable, depuis les recherches de M. Régis,

que chez une bonne partie de paralytiques généraux au début, il y a une suractivité morbide de toutes les fonctions, ce que M. Régis a décrit sous le nom de *dynamie fonctionnelle*. Sous l'influence de cette *dynamie*, la vie végétative présente une véritable *turgescence*. L'appétit de ces malades est excellent, leurs digestions faciles et rapides; le pouls et les mouvements respiratoires sont un peu accélérés, la calorification est plus active qu'à l'état normal. Le malade prend des couleurs et de l'embonpoint; il se sent ainsi un bien-être inaccoutumé et sans mélange, son intelligence étant déjà assez effondrée pour que les ennuis et les nécessités de la vie de tous les jours ne puissent le troubler et creuser leur sillon sur son front. Ces conditions toutes matérielles, cet accomplissement plus parfait qu'à l'état normal, si l'on peut ainsi s'exprimer, des différentes fonctions de la vie végétative, ce jeu, devenu plus facile par l'effet de la maladie cérébrale, de ses différents organes, fournit nécessairement au malade des sensations agréables, lesquelles, interprétées par un cerveau malade deviennent, je le crois, l'origine de ces idées délirantes de satisfaction et d'admiration de ses propres organes, si fréquentes chez ces paralytiques généraux au début. En rapprochant ce délire de satisfaction du délire hypochondriaque des autres paralytiques, je serais donc tenté de dire que, dans les deux cas, ces idées délirantes pourraient être considérées comme une interprétation malade de faits matériels, des processus morbides qui se passent dans l'organisme du malade; mais ces processus étant de nature inverse dans les deux cas, le délire a un sens opposé chez ces deux catégories de malades.

Une objection à cette manière de voir, objection qui m'a été faite et qui vient naturellement à l'esprit, c'est que la forme expansive et dépressive du délire apparaît souvent chez le même paralytique général à quelque temps d'intervalle, et le malade, qui se disait hier heureux et content, pleure et se lamente aujourd'hui. Il n'est même pas rare, et j'en ai observé un exemple ce temps dernier, de voir un paralytique général vous annoncer, dans une crise de larmes, qu'il est millionnaire, « qu'il est le général Boulanger et commandant en chef des armées, » comme me l'a dit, tout en pleurant, le malade.

auquel je fais allusion, et qui se trouve dans le service de la Clinique. Mais, si la mobilité et la contradiction sont des caractères essentiels du délire paralytique en général, ces caractères ne se retrouvent pas au même degré dans les idées délirantes dont nous parlons. Ces idées délirantes, se rapportant à l'organisme même du malade, quoiqu'étant parfois tout à fait absurdes, sont plus tenaces et plus cohérentes que les idées de richesse et de puissance, ou de malheur et de désolation, qui traversent le cerveau du paralytique. C'est là, je erois, une preuve de plus que ces idées délirantes particulières doivent avoir des attaches plus profondes, des attaches organiques, dans la sensibilité générale du sujet.

Du délire chronique (suite).

M. MAGNAN. — Je ne veux pas aborder aujourd'hui la discussion générale sur le délire chronique, je le ferai, si vous voulez bien me le permettre, dans la prochaine séance; mais je tiens à répondre, dès à présent, aux éritiques présentées par M. Séglas, dans notre dernière réunion, d'après l'examen de malades actuellement à la Salpêtrière. Comme ces aliénées pourraient être transférées en province, j'ai cru utile de ne pas différer cette partie de la discussion, puisque nous possédons, en ce moment, le meilleur moyen de contrôle, le malade lui-même.

M. Séglas, dans une partie de son argumentation, s'est placé sur un excellent terrain, celui de la clinique, et il nous donne le résultat de son observation. J'ai voulu naturellement revoir les huit malades de la Salpêtrière choisies par notre contradicteur; pour la plupart d'entre elles, je ne les avais eues sous les yeux que peu de temps, conséquemment une erreur de diagnostic eût été possible, le certificat immédiat étant, vous le savez, délivré dès l'entrée de l'aliéné à l'asile, en l'absence de tout renseignement. Dans ces conditions, un délire chronique pouvait être facilement confondu avec un délire systématisé de toute autre espèce.

Sur les huit malades, j'en ai trouvé sept encore dans les services de nos collègues, MM. Falret et A. Voisin; une seule, celle qui fait l'objet de l'observation VII, a été transférée en province. Je l'ai regretté, parce qu'elle eût pu faire l'objet d'une discussion spéciale à propos

des dégénérés persécuteurs, sur lesquels je reviendrai plus tard, en vous communiquant deux faits dont j'ai en à m'occuper particulièrement : il s'agit de deux aliénés persécuteurs qui m'ont pris pendant longtemps comme point de mire dans leurs revendications malades.

La critique de M. Séglas portant principalement sur les faits, il est indispensable de les reprendre successivement pour les analyser. Mais avant d'entrer dans le détail de ces faits, je dois rappeler que l'hérédité rayonne sur toute la folie, qu'elle n'est pas l'apanage exclusif de la folie des héréditaires ou des dégénérés, que ceux-ci, dont l'hérédité est, sans doute, habituellement très chargée, peuvent néanmoins, ainsi que cela a été démontré lors de la discussion sur la folie héréditaire, peuvent, dis-je, avoir leur tare cérébrale non point à la folie des ascendants, mais à un état passager des parents au moment de la conception (ivresse par exemple), aux affections développées pendant la vie fœtale, et même aux maladies du jeune âge.

D'autre part, il n'est pas rare de trouver une hérédité très chargée chez des paralytiques, des aliénés intermittents, des mélancoliques, des maniaques simples, parfois même chez des névropathes, et enfin, vous n'ignorez pas que le fils d'un aliéné n'est pas, ce qui du reste est fort heureux, voué fatalement à la folie. La clinique, sous ce rapport, fournit même des exemples très curieux d'ascendance vésanique fortement accentuée avec un seul aliéné parmi de nombreux descendants ; ou bien encore d'un seul frère sain d'esprit au milieu de quatre ou cinq aliénés, comme j'ai eu l'occasion d'en rapporter moi-même des exemples (1). Conséquemment, une hérédité chargée chez un délirant chronique ne saurait le faire entrer dans le groupe des héréditaires dégénérés. Ce qui caractérise la folie des héréditaires et des dégénérés, c'est surtout l'état mental du sujet, les syndromes épisodiques développés sur cet état mental et enfin l'évolution, l'allure particulière et les caractères spéciaux des délires multiples qui se produisent.

(1) Magnan. *Du délire des persécutions*. — *Gaz. méd.*, nov. et déc. 1877.

Je ne reviendrai donc pas, à chaque observation, sur cette question d'hérédité, puisque, pour les cas où cette hérédité est très chargée, je n'aurai qu'à répéter ce que je viens de dire.

OBS. I. M^{lle} M... (service de M. Voisin). — Il s'agit d'une femme de cinquante-six ans, persécutée depuis douze ans, ambitieuse depuis deux ans. Les symptômes et l'évolution de la maladie, dit M. Séglas, nous paraissent ressembler assez à ce qui a été dit du délire chronique. Nous n'insisterons donc pas sur les symptômes, pour passer immédiatement aux antécédents personnels de la malade sur lesquels M. Séglas nous paraît avoir été mal renseigné. M^{lle} M... n'aurait parlé qu'à sept ans, tandis qu'en réalité, elle parlait au moins à cinq ans, et, dans une circonstance facile à retenir, lors du départ de son oncle, elle a témoigné ses regrets de le voir partir. Elle s'exprime, du reste, aujourd'hui très facilement, sa prononciation est nette, il n'y a pas la moindre blésité et cette intégrité de la parole serait, vous en conviendrez, bien extraordinaire chez une personne qui n'aurait parlé qu'à sept ans. — « Elle est allée, ajoute M. Séglas, plusieurs années à l'école, mais n'y a jamais appris à lire. » Or, elle u'allait à l'école que très irrégulièrement et pendant deux ou trois mois de l'année, et néanmoins elle a appris et elle sait lire.

« Elle jouait, dit-on, presque toujours seule et n'avait pas des idées de petite fille, elle jouait comme un garçon ; elle n'aimait que les chevaux, les chiens ; plus tard, elle n'a jamais aimé s'occuper de ménage, mais elle préférait les travaux d'homme. » Ce passage ferait supposer des dispositions à l'inversion du sens génital, mais rien de semblable n'a jamais existé. Enfant, elle allait jouer en compagnie de camarades avec les jouets qu'on lui donnait, chevaux, chiffons ou poupées. Elle ne tenait pas à faire le ménage, mais elle aimait condre. A douze ans, je me raccommoiais, dit-elle, moi-même, toutes mes affaires.

« Elle n'a jamais aimé les hommes, ajoute-t-on encore, et elle les fuyait ou leur disait des sottises. » La misère qui existait dans sa famille l'avait fait réfléchir, elle a refusé de se marier avec des individus mal élevés et grossiers, mais elle a eu, dit-elle, des *épanchements de*

cœur pour des jeunes gens convenables, et si elle eût pu les épouser, elle en eût été heureuse.

« Jamais, dit-on encore, elle n'est restée plus de quatre mois en place; même étant jeune, elle changeait toujours. » Elle est restée dans la même place, chez la sœur du D^r Tabouret, de dix-huit à vingt-deux ans et demi, près de cinq ans, et à diverses reprises elle est restée chez différents patrons, dix, treize et quatorze mois.

« Notons enfin, au point de vue des idées actuelles, que, il y a une vingtaine d'années, sa mère ayant voulu racheter son frère du service, elle lui fit à ce propos des scènes violentes, prétendant qu'on donnait tout aux autres, rien à elle, qu'on était injuste, etc. » Le rachat du frère (3,800 fr.) a ruiné la famille, si bien qu'elle avait été obligée elle-même de prêter 300 fr. qui ne lui ont pas encore été entièrement rendus, et c'est à cette occasion qu'elle aurait écrit, il y a quelques années, à sa mère.

Les règles se sont montrées à douze ans et non à seize ans.

Si nous résumons, nous voyons, d'après l'observation de M. Séglas : débilité mentale, troubles de la parole, ignorance profonde, inversion sexuelle, perversion morale, paresse et incapacité de travailler. Si vous examinez la malade, vous trouvez une femme intelligente, à la parole facile, aux réponses nettes et précises; elle sait lire et n'offre pas traces d'anomalie sexuelle, elle explique ses difficultés avec la famille, elle offre, en un mot, l'état mental d'une délirante chronique.

Obs. II. D..., (Élise), (service de M. Falret). — C'est un délire chronique à la seconde période avec hallucinations et idées de persécution que M. Séglas décrit longuement, puis il ajoute : « Il n'y a pas traces d'idées de grandeur ni d'affaiblissement intellectuel; à notre avis, la malade est plutôt une faible d'esprit de naissance. »

Messieurs, il s'agit d'une domestique, âgée aujourd'hui de quarante-neuf ans, ayant appris à lire et à écrire, en allant à l'école du village comme y allaient les enfants il y a quarante ans, c'est-à-dire très irrégulièrement. Elle s'exprime correctement, ses réponses sont nettes et

précises, et son système délirant s'enchaîne logiquement, il n'y a donc pas de faiblesse d'esprit.

M. Séglas passe ensuite à l'examen physique et la dépeint comme microcéphale, prognathe, asymétrique, acrocéphale, tandis que nous n'apercevons, pour notre part, qu'un front fuyant sur une tête un peu allongée. L'examen de la bouche nous a fait voir sur la voûte palatine, à droite du sillon médian, une dépression linéaire antéro-postérieure ressemblant à une cicatrice et tirant légèrement la muqueuse de ce côté. Si, après un nouvel examen, il restait encore un doute, M. Falret pourrait nous autoriser, sans doute, à joindre la photographie de la malade à cette discussion et chacun pourrait ainsi s'assurer que M^{lle} D... n'est point le spécimen tératologique dont parle M. Séglas (*asymétrie, prognathisme, microcéphalie, acrocéphalie*) (1).

Obs. III. S. f^{me} C... (service de M. Falret). — Cette malade, à son entrée à l'asile Sainte-Anne, était à la seconde période du délire chronique ; elle avait des hallucinations et des idées de persécution nettement systématisées ; aujourd'hui, elle commence, d'après l'observation de M. Séglas, à présenter quelques idées ambitieuses. C'était la marche prévue du délire, je n'y insiste pas.

M^{me} S... a été réglée à dix-sept ans et non à dix-huit ou vingt ans ; elle n'était pas sujette aux attaques

(1) M. Séglas a présenté deux photographies de la malade D... ; sur l'une, la tête est fortement fléchie, l'occiput très relevé, si bien que l'axe antéro-postérieur se trouve presque vertical. Dans cette position forcée d'une tête dolichocéphale, à front fuyant, toute la région postérieure devient saillante. Cette saillie, résultat d'un artifice, pourrait en imposer à ceux qui ne sont pas familiarisés avec les examens anthropométriques, mais un peu de réflexion suffit à faire reconnaître que ce n'est point là la tête en pain de sucre, la tête acrocéphale dans laquelle, on le sait, le bregma soulevé devient saillant en entraînant le front vers la verticale. Du reste, sur la seconde photographique, dans laquelle la tête est laissée libre, dans sa position naturelle, on s'assure aisément qu'il n'y a pas d'acrocéphalie. — La conformation de la tête de M^{lle} D... (aplatissement frontal et dolichocéphalie) n'est pas un type rare en France et les anthropologistes pensent devoir l'attribuer en général à l'habitude que les matrones ont, dans certains pays, de serrer la tête des jeunes enfants pour assujettir la coiffure.

de nerfs, comme on le prétend ; elle s'est trouvée mal une seule fois, dans des circonstances particulières : elle était allée sans manger à l'église, au milieu d'une foule compacte, un jour de grande cérémonie. Cet accident ne s'est jamais renouvelé.

Au point de vue psychique, on lui attribue à tort un syndrome épisodique, le délire du toucher. « Elle a toujours eu, dit M. Séglas, la *manie de la propreté*, un peu comme son père. » Or, qu'avait le père ? « Celui-ci avait l'habitude, quand on le touchait, de se secouer et de s'essuyer ; il ne voulait pas toucher les boutons des portes, parce que quelqu'un aurait pu y laisser de la saleté ; il se réservait une chaise spéciale, et si quelqu'un s'y asseyait, il l'essuyait de suite après ; jamais il ne voulait manger hors de chez lui. »

M. Séglas a encore été mal informé sur le compte de cette malade, elle n'a jamais eu la *manie de la propreté* ; dans le service, jamais personne, ni surveillantes ni infirmières n'ont observé aucun acte rappelant de près ou de loin des appréhensions de cette nature ; j'ai placé dans les mains de la malade des pointes, des épingles, du cuivre, toute sorte d'objets, elle a touché à tout ce qui nous environnait, et tout cela le plus naturellement du monde, sans la moindre hésitation ; interrogée sur les lavages fréquents auxquels elle se serait livrée, elle a répondu simplement : « J'avais dans mon ménage autre chose à faire qu'à passer mon temps à me laver et je n'en éprouvais, du reste, nullement le besoin. » Or, vous savez, Messieurs, combien est pénible la crainte du toucher et quand un malade a été sous le coup de cette obsession, il en conserve le souvenir toute la vie, dans le cas même où il vient à guérir.

M^{me} S... est donc une délirante chronique ordinaire, intelligente, sans stigmatisme d'aucune sorte.

Obs. IV. R. f^{me} B... (service de M. Falret). — Pour cette observation, M. Séglas fait la réflexion suivante : « Je ne dirai que peu de chose de cette malade, qui est peut-être, à mon avis du moins, au point de vue des symptômes et de l'évolution de la maladie, le type le plus parfait du délire chronique tel qu'il nous a été décrit ici. »

Les trois périodes, en effet (inquiétude, délire de per-

sécution et délire ambitieux) se sont succédé de la façon la plus régulière. C'est un bel exemple de délire chronique, et si, dans son enfance, M^{me} B..., a eu de la chorée pendant quelques semaines, si elle bégaié, elle ne s'en est pas moins montré toujours intelligente, économe, bonne ménagère, bienveillante pour son mari jusqu'à l'apparition du délire; elle n'a présenté, en un mot, aucune tare psychique, et nous connaissons tous des personnes qui bégaièrent dont l'intelligence est intacte.

Obs. V. B..., femme G... (service de M. Voisin). — C'est encore un exemple assez net de délire chronique. — Cette malade qui, jusqu'ici, n'aurait eu que des idées de persécution, commence à présenter quelques idées ambitieuses. Elle entend les *messieurs*, personnages qui agissent sur elle, lui dire que M. Puteaux, son ancien patron, lui laissera une grande partie de sa fortune.

L'examen que j'ai fait de la malade diffère de la description de M. Séglas, en ce que l'asymétrie de la face, si elle existe, n'est guère appréciable et que la malade m'a paru intelligente; c'est aussi, d'ailleurs, l'avis de M. A. Voisin, qui la soigne en ce moment, et dont elle rétorque, m'a dit notre collègue, tous les arguments avec beaucoup de vivacité, de logique et d'esprit. J'ajouterai que les règles se sont montrées à quatorze et non à seize ans.

Enfin, pour ne rien omettre, je ferai observer que si la malade remue trois fois les doigts, c'est pour obéir aux hallucinations: les *messieurs* lui disent de remuer trois fois; il n'y a là rien de comparable à l'obsession du nombre.

Obs. VI. C..., femme G... (service de M. Voisin). — Cette malade présente les symptômes habituels du délire chronique, des hallucinations surtout auditives et des idées systématisées de persécution; depuis peu de temps, apparaissent des idées ambitieuses.

M. Séglas signale un tic facial persistant encore aujourd'hui. J'ai examiné M^{me} G... pendant trois quarts d'heure environ et j'ai remarqué simplement, à de rares intervalles, un peu de serrement des lèvres et un léger claquement; la malade, qui venait de parler, a prétendu

ne pas le faire habituellement et expliquait ce mouvement par le besoin d'humecter en ce moment la bouche. Je n'ai pas constaté non plus de bégaiement.

M. Séglas avait noté ensuite quelques phénomènes assez importants pour être contrôlés : « Elle avait la manie de tout ranger à l'excès ; si l'on touchait à quelque chose, elle criait et allait le remettre en place. Quand on lui donnait de l'argent, elle s'essuyait les mains après ; de même elle se secouait quand on la touchait. Très souvent aussi elle prenait des voitures, y restait un quart d'heure et descendait avant d'arriver à destination. » La malade prétend qu'elle n'était pas assez riche pour payer ainsi inutilement des voitures ; il va sans dire qu'elle pourrait ne pas convenir d'une bizarrerie de ce genre, qui peut d'ailleurs n'être que la traduction d'une idée de persécution, mais il n'en est pas de même pour la crainte du toucher : nous lui avons remis diverses monnaies d'argent et de cuivre qu'elle a prises dans la main sans la moindre appréhension ; elle a touché, sans hésitation, des boutons de porte, des morceaux de cuivre, des aiguilles, un couteau. S'il lui est arrivé parfois, dit-elle, de s'essuyer, c'est après avoir tenu longtemps des sous dans la main ; le cuivre, ajoutait-elle, enfermé dans la main chaude et humide, dégage une certaine odeur qui ne lui est pas agréable ; quant aux pièces d'argent, ça lui est indifférent puisqu'elles n'ont pas d'odeur. Vraiment, est-ce là le délire du toucher ? assurément personne ne le reconnaîtrait.

Cette malade est très hallucinée et il lui arrive parfois de s'arrêter court en marchant, ou bien de se détourner de la route. Interrogée sur cette manière de faire, elle nous a répondu que les voix changeant quelquefois de direction, elle était obligée de les suivre pour mieux les entendre. Il n'y a encore là, vous le voyez, rien qui rappelle les syndromes épisodiques, les phénomènes d'arrêt des dégénérés.

Obs. VII. M^{lle} Eugénie. — Cette malade a été transférée en province, je ne m'y arrête donc pas aujourd'hui. Du reste, j'aurai probablement plus tard à rappeler ce fait, en parlant des persécutés persécuteurs, chez lesquels on peut trouver passagèrement des hallucinations de l'ouïe qui rendent le diagnostic parfois très difficile.

OBS. VIII. B... (Marie) (service de M. Falret). — Cette observation est encore un exemple classique de délire chronique. Je laisse de côté des détails secondaires pour en venir immédiatement à l'évolution de la maladie qui est l'objet principal de la critique de M. Séglas.

Pour notre collègue, les idées de persécution chez cette femme datent du mois d'avril 1884 et comme le délire ambitieux apparaît en juin 1885, pendant le séjour à l'asile de Vancluse, il trouve, avec juste raison, cette marche un peu rapide. J'avais, pour ma part, sur cette malade entrée dans mon service en novembre 1884, quelques notes, d'après lesquelles le début du délire remontait non pas à 1884, mais à 1881. A cette époque, en effet, M^{me} B... se bronille avec une voisine qui lui *bat froid* et la *regarde de travers*; qui, bientôt après, lui met des ordures devant la porte; *lui fait des malices*; puis elle a mal aux yeux, des rougeurs sur le corps, elle trouve des *amertumes* dans les pruneaux; c'était certainement sa voisine. Plus tard, c'est cette voisine qui lui adresse de grossières injures.

Mais admettons, si vous le voulez, que nous n'ayons pas de renseignements. Est-ce qu'il nous serait permis d'adopter l'interprétation que M. Séglas donne des phénomènes observés chez cette malade? Voilà une femme atteinte de délire de persécution, qui, au mois d'avril 1884, présente des hallucinations de l'ouïe: elle entend des propos injurieux chez le boucher, dans la rue, dans sa maison à travers le mur du logement voisin; elle porte plainte au commissaire. Est-ce qu'en présence de tels accidents, d'un délire aussi nettement systématisé, de cette affirmation précise des offenses, de la désignation de l'ennemi déterminé, ce n'est plus *on*, mais bien M^{me} X...? Est-ce qu'il ne vient pas à l'esprit de vous tous que c'est là une grande malade, un délire vigoureux dont les racines sont déjà très profondes? Voilà ce que dit la clinique et, conséquemment, l'observation VIII, ainsi complétée, reste un délire chronique à *évolution systématique* tel que nous le comprenons.

Après avoir passé en revue les observations, M. Séglas, en bon calculateur, additionne les stigmates physiques qu'il a rencontrés: « Microcéphalie, acrocéphalie,

asymétrie cranio-faciale, malformation de la voûte palatine, déformations auriculaires multiples, tic facial, bégaiement, menstruation tardive. »

Puis pour le côté psychique : « Retard de développement dans l'enfance, la parole tardive, l'instabilité et la faiblesse d'esprit, les altérations du caractère, des sentiments, et même ces états émotifs particuliers réunis par M. Magnan sous le nom de syndromes épisodiques des héréditaires. »

Messieurs, pour ces derniers stigmates, les syndromes épisodiques, nous avons vu, il est bon de le rappeler, qu'ils n'existaient pas chez ces aliénées ; mais, malgré leur absence, il est évident que tous ces signes réunis sur une seule et même tête suffiraient à caractériser une dégénérescence des plus complètes. Toutefois, il n'en sera plus de même si nous jetons les yeux, non point sur ce *malade synthétique* de M. Séglas, mais sur chacune des malades que nous avons examinées ; sur chacune d'elles, nous ne trouvons plus cet ensemble de stigmates, mais seulement l'un ou l'autre d'entre eux ; et il ne viendra à l'idée de personne de faire entrer forcément dans le cadre des dégénérés tout individu dont l'une des bosses frontales sera aplatie, ou dont le vertex ou le maxillaire inférieur seront proéminents, ou bien encore tout homme qui bégaiera ou louchera, ou dont le caractère sera inégal, emporté, violent, etc. Non, nous savons que l'un ou l'autre de ces signes, considéré isolément, ne saurait impliquer la dégénérescence et qu'une intelligence bien pondérée peut s'associer à du strabisme ou du bégaiement.

Après cette discussion clinique, M. Séglas cherche à mettre en contradiction les opinions émises d'un côté par MM. Garnier et Briand dans leur communication et par moi dans mes leçons, et d'un autre côté par quelques uns de mes anciens internes, dans diverses publications.

Dans leurs travaux personnels, mes élèves conservent, M. Séglas n'en doute pas, leur complète indépendance, si bien que j'ai eu moi-même à critiquer certaines parties du travail, d'ailleurs fort intéressant, de M. Gérénte. Je n'admets nullement et je n'ai jamais admis un délire chronique à base hypochondriaque, l'hypochondrie n'est point la première période du délire chronique.

J'ai déjà eu l'occasion, l'année dernière, de m'expliquer à ce sujet dans une leçon publiée dans le *Journal des connaissances médicales* et j'y reviendrai encore dans la prochaine séance (1).

Plus loin, M. Ségla8 me fait dire d'après un compte rendu d'un de mes leçons, auquel je ne puis souscrire, « que le délire chronique peut être accompagné ou non d'hallucinations. » C'est là évidemment une erreur, l'hallucination auditive est un des éléments essentiels du délire chronique; lors du passage de la première à la seconde période, c'est-à-dire de l'inquiétude, des interprétations délirantes aux idées arrêtées de persécution, il peut se faire que l'idée nette de persécution s'installe la première sans l'hallucination; mais cette idée, par son caractère obsédant, ne tarde pas à stimuler, à exciter le centre cortical et à éveiller ainsi l'image tonale, l'hallucination en retard. C'est là, sans doute, ce qui a fait supposer que j'admettais un délire chronique sans hallucinations. J'ajouterai qu'à la seconde période (période de persécution), je n'ai pas vu un seul cas de délire chronique sans hallucinations.

M. Ségla8 rappelle, enfin, une observation que j'ai publiée de délire chronique chez un épileptique (2). Cette coexistence ne prouve nullement que le délire chronique soit l'œuvre d'un débile. Il est des épileptiques, non pas ceux des asiles, mais ceux que l'on observe dans la famille, qui en dehors des manifestations parfois très rares de la névrose convulsive, n'offrent absolument aucun trouble intellectuel.

J'ai eu récemment l'occasion de donner des soins à un négociant fort intelligent, âgé de quarante ans, qui depuis plusieurs années présente très irrégulièrement des attaques épileptiques. Les accès se montrent habituellement la nuit, laissant entre eux des intervalles de deux, trois, quatre mois, quelquefois même davantage, et depuis 1883, où il a eu recours à une médication bro-

(1) Magnan. *Leçons sur le délire chronique*, recueillies par M. Journiac. *Journal des connaissances médicales*, 24 novembre et 1^{er} décembre 1887, p. 370.

(2) Magnan. *Leçons cliniques sur l'épilepsie*, recueillies et publiées par M. Brialand. Paris, 1882, p. 31 et 74.

murée, il n'aurait eu que trois attaques seulement. Il est d'un caractère très égal, bienveillant pour tout son entourage; il apporte, dans ses affaires, tous les soins, l'activité et l'habileté nécessaires; il est instruit et sa culture intellectuelle dépasse celle que l'on trouve habituellement chez les commerçants.

Puisque l'épilepsie peut ainsi se présenter chez un individu intelligent et bien pondéré, rien ne s'oppose, il me semble, à ce que, dans des conditions données, elle puisse coexister avec le délire chronique dont le développement réclame toujours une certaine activité intellectuelle. Du reste, ces cas sont très rares et ce n'est pas sur des faits complexes et exceptionnels que nous désirons établir le délire chronique; j'en parle ici simplement pour répondre à l'objection de notre collègue.

L'argumentation de M. Séglas porte ensuite sur l'évolution du délire chronique et il donne comme exemple contradictoire de sa marche lente, progressive, méthodique, l'observation VIII sur laquelle je me suis déjà arrêté et où nous voyons le délire ambitieux se développer cinq ans après et non deux ans après le début de la maladie.

Plus loin, M. Séglas, fouillant dans l'excellente thèse de M. Legrain sur « le délire chez les dégénérés », relève quelques points faibles et s'en fait une arme contre le délire chronique. Mais je dirai à M. Séglas que je n'ai pas attendu son argumentation pour critiquer chez M. Legrain l'expression de *délire à évolution chronique des dégénérés*, d'autant mieux que les observations données par M. Legrain montrent surabondamment que cette évolution des dégénérés est tout autre que celle des délirants chroniques.

Puis encore, M. Séglas s'empare avec empressement de cette idée émise par M. Legrain que le délire chronique peut se montrer chez le dégénéré. Il s'agit là de faits tellement exceptionnels qu'ils ne peuvent en rien modifier les grandes lignes assignées au délire chronique. Cette espèce pathologique se développe seulement chez des sujets dont le niveau mental est assez élevé, aussi ne se voit-elle jamais chez l'imbécile; toutefois les dégénérés supérieurs, les simples déséquilibrés qui sont intelligents, pourraient sous ce rapport prétendre

an délire chronique, mais ils y sont rendus réfractaires par certaines dispositions qui leur sont propres et notamment par l'instabilité prédominante de leur caractère et par cette inégalité si curieuse et si remarquable de leur intelligence. C'est ainsi que je m'explique pourquoi le délire chronique est une rare exception, même chez le simple déséquilibré.

Arrivé à la fin de son discours, M. Séglas nous dit qu'il ne comprend plus rien au délire chronique. Ce n'est pas étonnant, car dans son argumentation, j'allais dire dans sa plaidoirie, il a fait, en véritable avocat adverse, tout son possible pour embrouiller la question. Mais, Messieurs, ce qui vaut mieux que les théories et les raisonnements, ce sont les observations elles-mêmes, et certainement vous avez été frappés de ce fait que plusieurs des malades choisies justement par M. Séglas, examinées il y a deux, trois et quatre ans par MM. Garnier et Briand et par moi, s'étaient présentées à cette époque avec des hallucinations et un délire de persécution d'une nature particulière, un délire qui nous avait permis de prévoir que ces malades persécutées deviendraient ambitieuses. C'est précisément parce que la clinique nous permet de reconnaître un groupe déterminé de malades qui, par des étapes successives, passent de l'inquiétude, des interprétations délirantes aux hallucinations et aux idées de persécution, puis aux idées ambitieuses et finalement à la dissolution mentale; c'est parce que dès le début du délire, nous pouvons prévoir cette longue et méthodique évolution que nous avons pensé qu'il fallait désigner cette espèce pathologique sous un nom particulier, le délire chronique, auquel nous ajoutons, à *évolution systématique*, pour bien indiquer sa marche et les modifications successives et constantes, qu'elle présente.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, les objections que me fait M. Magnan ne laissent pas que de me surprendre étrangement à bien des points de vue. Tout d'abord, les considérations qu'il émet aujourd'hui à propos du rôle de l'hérédité dans les dégénérescences diffèrent assez, ce me semble, de ce qu'il disait ici même l'an dernier à propos des folies héréditaires; car pour lui aujourd'hui l'action de l'hérédité ne serait plus prépondérante et il

fait intervenir dans une large mesure les causes diverses mises d'ailleurs en relief par plusieurs de nos collègues. Les antécédents héréditaires, cependant assez chargés de mes malades, n'ayant par suite plus pour lui d'importance, je n'y reviendrai pas.

En ce qui concerne mes observations, l'enquête particulière à laquelle M. Magnan a soumis mes malades, le soin tout spécial avec lequel il cherche à réfuter la plupart des faits que j'ai avancés, me prouvent que mes arguments ont bien pu porter juste. J'ajouterai que, pour moi, ils ne m'ont semblé ébranlés en rien, et je crains bien que mon honorable contradicteur, en voulant interpréter ma pensée, au lieu de s'en tenir à la lettre même de ma communication, n'ait par suite fait fausse route dans son argumentation.

Et en effet, en passant en revue les critiques de détail adressées à des points différents de chacune de mes observations, nous verrons que souvent M. Magnan, développant le texte même de mon travail, me reproche à mon grand étonnement des faits que je n'ai même pas signalés. Ainsi dans l'observation 1, il trouve que la malade s'exprime clairement, articule bien les mots, n'a pas de bésité... Je n'ai jamais dit le contraire et j'ai noté seulement que « M^{lle} M... n'a parlé qu'à l'âge de sept ans ». C'est le retard seul de la parole que j'ai mis en relief : d'un autre côté M. Magnan, qui n'a interrogé que la malade, me conteste le chiffre de sept ans pour admettre celui de cinq. Je dirai une fois pour toutes que mes renseignements m'ont été fournis par les familles, très affirmatives sur tous les points que j'ai avancés et assurément mieux renseignées sur l'enfance de la malade que la malade elle-même. D'ailleurs le fait même de n'avoir parlé qu'à cinq ans, en adoptant cette date, me semblerait bien avoir son importance et je ne pense pas que ce soit là pour M. Magnan l'époque normale du développement de la parole chez l'enfant. De même notre collègue nous apprend que cette malade sait lire, contrairement à ce que j'aurais avancé. Je n'ai jamais dit cela : je sais que la malade lit aujourd'hui, mais elle n'a appris que bien tard, vers l'âge de vingt ans, je crois ; aussi ai-je dit : « Elle est allée plusieurs années à l'école, mais n'y a jamais appris à lire, elle

était d'ailleurs très paresseuse. » D'un autre côté, je n'ai jamais dit non plus qu'elle eût des perversions sexuelles, j'ai noté simplement les goûts de la malade étant enfant, assez bizarres pour que la famille les ait remarqués d'elle-même : il en est de même de l'époque des règles. Relativement à ses changements répétés de place, la plupart des certificats des différentes maisons où elle a été placée et qu'on a pu consulter viennent à l'appui du fait que j'ai avancé. Enfin, si j'ai signalé sa lettre d'injures à sa mère relativement au rachat de son frère, ce n'est pas sûrement pour en faire une preuve de dégénérescence, mais pour montrer une fois de plus ce fait curieux de l'importance sur les idées délirantes actuelles de certains faits passés, car le frère de la malade est aujourd'hui son principal persécuteur.

Obs. II. — Pour cette malade, M. Magnan la trouve très bien conformée et, dit-il, ne l'eût jamais reconnue au portrait que j'en avais fait, car je l'ai dépeinte comme microcéphale, acrocéphale, prognathe. En se reportant au texte même de ma communication, on verra que j'ai été beaucoup plus modeste qu'on pourrait le croire d'après le résumé donné par M. Magnan ; ainsi je dis « que le front est étroit et fuyant, le vertex relevé, produisant un *certain* degré d'acrocéphalie. » Le mot acrocéphalie voulant dire tête pointue d'une façon générale, ou peut être, ce me semble, acrocéphale à tous les degrés, de même que myope ou strabique, on n'en appartient pas moins au type de l'acrocéphalie. J'ai dit aussi que la tête était petite : en voici les dimensions qui dénotent incontestablement un crâne au-dessous de la moyenne : diamètre antéro-postérieur (glabellolobique), 16,2 ; diamètre transverse maximum, 13,2 ; circonférence de la base, 50 ; demi-courbe antérieure 24 ; courbe antéro-postérieure, 30 ; courbe transverse, 25.

M. Magnan a exprimé le regret que la photographie de cette malade ne puisse être présentée à la Société. Je suis en mesure de satisfaire immédiatement à ce désir, et sur les deux photographies que j'ai l'honneur de vous montrer, vous pourrez, Messieurs, vous rendre compte de la réalité des faits que j'avance. Vous y verrez aussi le « *très léger* » degré de prognathisme que j'avais noté chez cette malade et des déformations de l'oreille (hé-

lix mal ourlé, pli transverse de la conque, déplissement de l'oreille, adhérence du lobule, etc.), dont M. Magnan ne parle pas, sans doute parce qu'il les a constatés comme moi. Quant à l'asymétrie de la voûte palatine que M. Magnan attribue à ce fait que j'ai pu prendre une cicatrice pour la suture médiane, je ne m'y suis pas trompé et, pour moi, l'asymétrie chez ma malade est surtout constituée, comme je l'ai dit, par le développement plus grand du maxillaire du côté droit et l'abaissement du niveau de l'arcade dentaire de ce côté. Enfin, l'état de débilité mentale de cette malade me semble incontestable et se révèle dans son langage, son attitude, son délire même. Je signalerai à ce propos ce fait qui me paraît avoir bien son importance, c'est qu'elle s'est prêtée de la meilleure grâce du monde à mes essais photographiques, qu'elle a posé six fois sans autre objection que le négligé de sa toilette. J'avoue que je n'ai jamais réussi de cette façon à photographier mes autres persécutés, en général défiants et soupçonneux. Enfin, après être allée huit ans à l'école, elle sait lire, mais écrit à peine, et ne compte guère : toutes choses qui ne seraient pas incompatibles cependant avec son état de cuisinière, ainsi que semblerait l'objecter M. Magnan.

Obs. III. — A en croire l'argumentation de M. Magnan, le sujet de cette observation présenterait quelques-uns des syndromes épisodiques des héréditaires. Jamais je n'ai émis cette opinion, n'ayant rien constaté de semblable chez elle. Cependant cela, paraît-il, ressortirait de la phrase suivante: « Elle a toujours eu la manie de la propreté, un peu comme son père. » Je ferai remarquer que j'ai ajouté trois mots à la fin de cette phrase et ces trois mots « nous dit-on » indiquent clairement, à mon avis, que c'est là un renseignement qu'on m'a donné et non un fait que j'ai constaté. La malade serait une méticuleuse, poussant la propreté à l'exagération ; mais ce serait tout ; son père, au contraire, à ce qu'on m'en a dit, aurait été plus frappé. Je n'y insiste pas, l'importance de l'hérédité étant maintenant secondaire pour M. Magnan. Je ferai remarquer seulement que la malade n'a pas nié ces faits, mais les a expliqués à sa façon, comme elle explique tout, par exemple la mort de ses frères. C'est la persécutée la plus méfiante que je connaisse, et comme

elle désire sa sortie, il suffit qu'on lui pose une question pour qu'elle se méfie et donne de tout une explication presque plausible. Je préfère aux renseignements qu'elle fournit, ceux que j'ai pu recueillir par différentes personnes de sa famille, qui m'ont appris de cette façon qu'elle a eu des attaques de nerfs. Quant à l'époque des règles, ayant eu trois renseignements différents, 18 à 19, 18 à 20, 20 à 22 ans, j'ai tout simplement pris la moyenne.

Obs. IV. — De cette observation, j'ai peu de chose à dire, sinon que M. Magnan, qui signale aussi le bégaiement, oublie de nous dire, ce qui a cependant son importance, que tous les frères et sœurs de la malade au nombre de six, ainsi que son père, étaient également bégues. Elle est aussi asymétrique faciale et a eu la chorée.

Obs. V. — J'avais signalé chez cette malade l'importance qu'elle attachait au nombre trois. J'ajouterai aujourd'hui qu'outre le fait de remuer les doigts, 1, 2, 3, il lui arrivait aussi de cligner les yeux trois fois de suite. Quand elle ne pouvait dormir, elle buvait trois verres d'eau, les deux premiers ne produisaient aucun effet, mais le troisième l'endormait de suite. Il lui est arrivé aussi de marcher dans un certain sens et dans certaines positions, les bras immobiles ou bien animés d'une sorte de mouvement cadencé, les yeux fixés à une certaine hauteur; puis elle marchait de même en sens inverse, les yeux toujours à la même hauteur, et il ne fallait pas faire plus de pas d'un côté que de l'autre. M. Magnan prétend que tout cela est le fait d'hallucinations; j'en nie pas, mais n'en suis pas sûr non plus, et en admettant que ce soit, il me semble bon de faire remarquer que l'hallucination est un symptôme assez subjectif pour que le malade entre pour quelque chose dans la forme particulière qu'elle revêt; et c'est ainsi que ce fait que « tout devait aller par trois », me semble bien avoir son importance. M. Magnan signale aussi l'asymétrie faciale légère, mais il trouve la malade intelligente. Tel n'est pas mon avis et un certificat de M. Legrand du Saulle, que j'ai cité, vient à l'appui de ma manière de voir. Je dirai aussi que, pour une persécutée sans idées de grandeur, M^{me} G... prend ses malheurs du bon côté, et les raconte en riant, d'un ton générale-

ment assez jovial. Sa bonne humeur est peut-être due à la prédominance chez elle des hallucinations consolantes qui la soutiennent dans ses épreuves.

Obs. VI. — En ce qui concerne la malade qui fait le sujet de cette observation, je ne puis accepter en rien les objections qui me sont faites, par suite des renseignements circonstanciés que j'ai eus sur elle. J'avais dit dans ma première communication que lorsque M^{me} G... « sortait de chez elle, au lieu de tourner à droite par exemple pour aller directement à son but, elle tournait à gauche, remontait quelques pas, traversait la chaussée, et arrivée sur le trottoir opposé, tournait alors à droite pour reprendre la bonne direction ». Elle aurait dit à M. Magnan que c'était parce qu'elle entendait moins les voix d'un côté que de l'autre ; outre qu'elle ne m'a jamais donné cette explication, malgré mes demandes, cela pour une persécutée me paraît peu logique, puisqu'elle ne changeait pas en somme sa direction pour aller à son but. Mais pour moi un fait décisif, c'est que cette habitude existait bien avant le début de la maladie, et des personnes qui ont connu la malade ont remarqué cette habitude chez elle avant l'âge de vingt ans. Et le fait se produisait non seulement quand elle sortait de chez elle, en dernier lieu, mais aussi dans ses résidences successives et même quand elle rendait visite aux personnes de sa connaissance dans des quartiers où elle ne connaissait personne autre, et cette manie était tellement apparente que lorsqu'elle descendait, on se mettait à la fenêtre « pour la voir faire son tour ». Quelquefois, étant en promenade avec une de ses amies, elle lui disait de l'attendre, puis passait de l'autre côté de la rue et revenait après quelques pas en sens inverse de celui qu'elle avait pris en partant, de telle sorte qu'elle avait « fait le rond ». Par moments aussi, lorsqu'elle passait sur un trottoir, elle avait la manie de marcher au centre de chaque pierre en évitant les interstices. Elle a toujours eu la manie de ranger et de laver tout chez elle à grande eau : après tout ce qu'elle faisait, plus de dix fois par jour, elle se lavait les mains. Quand on lui donnait de l'argent, ou n'importe quoi, elle s'essuyait les mains sur sa robe, « comme si on lui avait sali le bout des doigts. » Et cela se pro-

duisait quelle que fût la personne qui lui présentait l'objet. L'autre jour encore, une de ses amies venue pour la visiter lui ayant donné un bouquet de violettes, elle l'a changé de main pendant plusieurs minutes en s'essuyant les mains à chaque fois. Elle se coiffait et se décoiffait vingt fois par jour; elle n'aimait pas et brutalisait les animaux; elle a toujours été grossière. Elle a toujours bégayé et, aujourd'hui encore, ce bégaiement est des plus évidents. Quant à son tic facial, je ne puis accepter l'explication qu'en fournit M. Magnan. C'est bien un tic spasmodique et non un mouvement exécuté dans le but de s'humecter les lèvres en parlant, ni un geste de dédain. On lui a toujours vu ce tic et même, nous dit-on, « à force de le faire, elle s'est rétréci le côté droit de la figure. » Ce qui prouve que l'asymétrie faciale a, elle aussi, été remarquée par les personnes qui l'approchaient. Le tic facial est par instants très accentué, et l'autre jour encore la surveillante, qui l'employait chez elle à des ouvrages de couture, a remarqué qu'il se produisait tout le temps, pendant qu'elle travaillait et sans qu'on lui parle. Quant à son habitude de prendre des voitures, la chose nous a été certifiée et elle a même une fois été obligée de mettre en gage des bijoux pour payer sa course. Dès lors, le fait de descendre avant l'arrivée ne peut s'expliquer par des raisons d'économie.

OBS. VII. — Jé ne dirai rien de cette malade, que M. Magnan n'a pu examiner. Les faits que j'avance, en particulier l'absence des hallucinations, ont été constatés et même notés dans les certificats par M. Falret lui-même. L'observation de cette malade a été prise à une époque où je ne songeais guère à faire un travail sur le délire chronique, par M. Poulalion, interne du service, qui a bien voulu me communiquer ses notes. J'ai d'ailleurs pu constater par moi-même tous les faits qui y sont notés. J'ajouterai que les dimensions du crâne de cette malade sont encore inférieures à celles que j'ai données pour la malade qui fait le sujet de l'observation II.

OBS. VIII. — Le seul point en litige dans cette observation serait le début du délire, qui, pour moi, aurait commencé en 1884 et, pour M. Magnan, en 1881, la ma-

lade se plaignant qu'une voisine, dès cette époque, lui jetait de la poussière sous sa porte. Je n'ignore pas ce fait, mais il s'agit de l'interpréter. J'ai récemment encore interrogé la malade à ce sujet, et après avoir avoué le fait, elle a ajouté que cette voisine, ayant la paresse de descendre les ordures, trouvait plus simple de pousser avec son balai sa poussière sous sa porte. Cela lui était désagréable parce qu'elle recevait des clients chez elle. « Mais, ajoute-t-elle, *elle ne le faisait pas par malice, mais par négligence*, et je ne m'en préoccupais pas autrement. » Cette réponse nous a été faite en présence de M. Falret et de MM. Bezançon et Perrin, internes du service. La malade a affirmé aussi à plusieurs reprises n'avoir réclamé qu'en 1884, et encore non pas à cause des injures, mais à cause de la tentative d'assassinat. D'après la réponse ci-dessus, il semble donc bien que la malade à cette époque n'accusait pas, comme aujourd'hui, sa voisine de mauvaises intentions à son égard, et si maintenant elle l'englobe dans son délire, n'est-on pas autorisé à voir là un fait de délire rétrograde, de ce délire palingnostique des Allemands, que d'ailleurs Lasègue avait déjà mis en relief, et qui est des plus fréquents surtout dans les états mélancoliques, où souvent le malade va chercher dans son enfance le sujet de ses préoccupations du moment. Un fait qui pourrait venir à l'appui de notre manière de voir, c'est que M^{lle} B... remonte plus loin même que 1881, et pour appuyer ses idées de grandeur actuelles, raconte toute une histoire de substitution dans son enfance, d'éducation chez des pères nourriciers, etc... Ce ne sera certes pas une raison pour faire remonter le délire à cette époque.

Telles sont, pour chacune de mes observations en particulier, les réflexions que j'avais à faire.

A un point de vue plus général j'attacherais, suivant M. Magnan, une importance trop grande aux stigmates physiques. Mais je ferai remarquer que je n'ai fait à ce sujet aucune réflexion spéciale dans mes observations, ni mis en relief un symptôme plutôt qu'un autre. Pour moi, elles ne valent que par leur ensemble. Ce n'est pas parce qu'un individu aura un lobule sessile que je le considérerai comme un dégénéré, j'ai déjà écrit le con-

traire ; mais c'est parce qu'avec cela il aura de l'hérédité, un retard quelconque de développement, une intelligence faible, etc... Il est en pathologie nerveuse une règle que j'ai souvent entendu émettre et que je n'ai garde d'oublier, c'est de considérer le malade dans son existence tout entière, et comme le représentant d'une famille. Et il me semble que cette pensée qui me guide doit bien paraître dans la façon dont j'ai exposé l'histoire de mes malades en bloc et sans commentaires. Cela n'empêche pas de noter en passant un phénomène anormal, fût-il même d'une importance secondaire. C'est comme les hachures, dont la réunion dans un dessin arrive à former une ombre. D'ailleurs, si en terminant j'ai énuméré les tares rencontrées chez mes malades, je n'ai fait qu'exposer un résumé et non créer un type synthétique.

Si d'un autre côté, ces stigmates pris isolément ne sont pas très accentués, cela tient justement à ce que nous avons affaire ici à des gens déjà élevés dans l'échelle des dégénérescences ; mais si faibles qu'ils soient, cela n'est déjà pas mal de rencontrer chez eux des vestiges de ces tares physiques presque caractéristiques des états inférieurs, de l'idiotie par exemple.

Quant à ne pas exister chez mes malades, je me permettrai de faire observer à M. Magnan que sa constatation n'a pas pour moi force de loi. Je les ai vus pour ma part à plusieurs reprises, je les ai fait contrôler par plusieurs personnes du service, M. Falret a lui-même constaté la présence de la plupart d'entr'eux et j'ai eu soin de ne noter que ceux dont l'existence, par suite d'examen répétés et faits par différentes personnes, me paraissait indiscutable.

D'ailleurs qu'importe leur existence, puisque lorsqu'il les trouve chez mes malades, M. Magnan ne les signale pas ou nie leur importance dans l'espèce. Nous serions très obligé à M. Magnan de vouloir bien, pour éviter à l'avenir toute confusion, nous dresser une liste des stigmates physiques qu'il regarde comme caractéristiques de la dégénérescence. Cela sera peut-être facile ; mais il faudrait aussi qu'il en détermine le degré d'intensité. Cela sera plus difficile. Je suis fort étonné que M. Magnan tienne aujourd'hui un tel langage quand

l'an dernier, dans les discussions sur la folie héréditaire, il admettait sans réserve les stigmates physiques, mis en lumière par Morel et cités par M. Falret, et décrivait même comme tels des anomalies du fond de l'œil. Aujourd'hui, pour être dégénéré, il faut présenter des stigmates psychiques, les syndromes épisodiques. C'est là un principe que M. Magnan pose, mais tout le monde n'envisage pas la question au même point de vue que lui. Et tout en reconnaissant que dans les délires émotifs on rencontre le plus souvent l'hérédité, il y a loin de là à en faire des stigmates psychiques, les seuls caractéristiques de la dégénérescence; il y a une différence entre un syndrome et un stigmaté. De plus, je rappellerai même que certains auteurs admettent la présence des idées fixes en dehors de l'hérédité. Enfin je ferai remarquer que l'idiot, le type des dégénérés qui a des stigmates physiques si apparents, ne présente pas d'habitude les syndromes épisodiques ou stigmates psychiques de M. Magnan, que nous trouvons d'ailleurs chez deux de mes délirantes chroniques. Je terminerai en disant qu'en ce qui concerne les renseignements sur certaines particularités de la vie antérieure des malades, je crois plutôt à ceux qui m'ont été donnés de différents côtés par les familles qu'à ceux qu'a pu recueillir M. Magnan qui n'a vu que les malades seules.

Quant à la seconde partie de ma communication, celle à laquelle je tiens le plus, puisque j'avais dit considérer mes observations comme « superflues », M. Magnan n'y répond guère. Il laisse ses élèves responsables de leurs opinions et des faits observés dans son service, passe complètement sous silence les observations semblables aux miennes de MM. Boncher et Derieq qui, pour sa part, a, comme je l'ai dit précédemment, rapporté dans sa thèse trois cas de débilité mentale avec délire chronique. — M. Magnan critique aussi les délires à évolution chronique des dégénérés de M. Legrain, sans dire cependant sa façon de comprendre ces faits-là, car je ne pense pas qu'il songe à nier leur existence. Enfin, il déclare ne pas admettre du tout le délire chronique tel que le décrit M. Gèrente. Il y a donc plusieurs théories du délire chronique. C'est en somme ce que je tenais à faire constater, et il me semble en

résulter, comme je l'ai déjà dit, qu'il y a bien de la confusion parmi les partisans eux-mêmes du délire chronique au sujet de cette forme psychopathique prétendue si simple et si claire.

M. FÉRÉ. — Il y a, dans la discussion à laquelle nous venons d'assister, en dehors de la question du délire chronique admis par les uns, contesté par les autres, une question de faits affirmés par l'un, niés par l'autre. Une acrocéphalie, du prognathisme, ou une asymétrie de la voûte palatine, constituent des phénomènes faciles à apprécier même pour des observateurs différents.

Je demande qu'il soit nommé une commission chargée d'examiner si ces phénomènes existent oui ou non sur les malades qui ont fait l'objet de cette discussion.

M. FALRET. — Il s'agit moins de contestation sur les faits, que des différences d'interprétation à l'égard des phénomènes présentés par les malades.

M. CHARPENTIER appuie la proposition de M. Féré et demande que les membres appelés à faire partie de la commission soient choisis en dehors des membres qui ont pris la parole sur le délire chronique.

M. MAGNAN fait observer qu'il ne conteste pas les faits énoncés par M. Séglas, mais qu'il leur accorde une importance différente.

M. FÉRÉ. — Du moment que M. Magnan ne conteste pas la réalité des faits de M. Séglas, je retire ma proposition.

La séance est levée à 6 heures.

Paul GARNIER et CHARPENTIER.

SÉANCE DU 26 MARS 1888

Présidence de M. COTARD

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1^o Des lettres de remerciements de MM. Pottier et

Vallon, nommés membres titulaires, et de M. G. Lemoine, nommé membre correspondant dans la dernière séance ;

2° Une lettre de M. le Dr Vétault, sollicitant le titre de membre titulaire. — Commission : MM. Bouche-reau, Falret et Motet, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° *La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables* ; par le Dr V. Parant, membre correspondant de la Société ;

2° *Les frontières de la folie* ; par le Dr A. Cullerre, membre correspondant de la Société.

M. MOTET présente, au nom de M. Mordret, membre correspondant, un travail sur deux cas d'atrophie cérébrale.

M. MAGNAN présente, au nom de M. Alfonso Astucaro, professeur à l'université de Gênes, une brochure intitulée : *Gerolami Cardano, il primo grado di degenerazione del sistema nervoso*.

Rapport de candidature.

M. SAURY. — Messieurs, vous avez reçu de M. le Dr Marandon de Montyel une demande d'admission à la Société médico-psychologique, en qualité de membre titulaire. Il est facile de justifier les titres de notre confrère à l'honneur qu'il sollicite.

Successivement interne, médecin adjoint et médecin-directeur des asiles, actuellement médecin en chef de Ville-Evrard, M. Marandon de Montyel s'est consacré, dès le début de sa carrière scientifique, au service des aliénés et à l'étude si complexe des maladies mentales. Depuis quinze ans, son activité s'attache à tous les problèmes de notre spécialité : administration, clinique, anatomie pathologique, médecine légale. Sans compter de nombreux articles de critique sur des ouvrages français ou étrangers, notre savant confrère n'a pas moins de trente mémoires originaux à présenter à l'appui de sa candidature.

Aussi bien, m'excuserez-vous de ne pas entrer dans l'analyse détaillée de tous ces documents. Les énumérer me paraît même inutile, puisque vous les avez certaine-

ment lus et appréciés au moment de leur publication, dans les *Annales médico-psychologiques*, les *Archives de neurologie*, l'*Encéphale*, etc. Cependant, je tiens à mentionner, d'une façon particulière, les travaux suivants : De la marche de la paralysie générale chez les héréditaires (1878); Contribution à l'étude de la folie à deux (1881); Recherches cliniques sur la folie avec conscience (1882-83); Contribution à l'étude de la morphomanie (1885); Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen indirect (1887); Du poids des hémisphères cérébraux chez les aliénés (1887); enfin, un article récemment paru (1888) dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, sur la dégustation des vins et l'alcoolisme professionnel.

Certains aperçus de l'auteur peuvent sembler discutables, notamment en ce qui concerne la responsabilité partielle et la subordination de l'élément personnel à l'influence prépondérante des milieux; mais tous, il faut le reconnaître, portent la marque de l'observation la plus autorisée.

Je crois en avoir assez dit, Messieurs, pour vous permettre de juger en connaissance de cause. D'ailleurs, vous n'attendiez pas la lecture de ce rapport, pour estimer à sa grande valeur le mérite de notre confrère, ou plutôt de notre collègue, car c'est avec la conviction de réunir tous les suffrages, que votre commission (composée de MM. Falret, Féré et Sanry) vous propose de souhaiter à M. Marandon de Montyel la bienvenue parmi nous.

Les conclusions du rapport sont adoptées, et M. Marandon de Montyel est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre titulaire.

Du délire d'énormité.

M. COTARD. — Messieurs, notre distingué collègue M. le D^r Séglas a récemment attiré l'attention sur les formes vésaniques combinées; il a publié, dans les *Annales médico-psychologiques* (1), une observation très intéressante, dans laquelle on voit les symptômes de la

(1) Janvier 1888.

mélancolie anxieuse se mêler à ceux du délire de persécution; dans une autre observation, publiée dans le *Progrès médical* (1), M. Séglas a signalé l'apparition des idées de grandeur à une période avancée de la mélancolie anxieuse.

Bien que l'analyse de semblables faits pathologiques soit délicate et le diagnostic souvent épineux, il semble que la difficulté ne doive pas porter sur l'appréciation des idées délirantes elles-mêmes. On a de la peine à concevoir qu'en face d'une formule délirante, le clinicien soit embarrassé et doute s'il doit la qualifier d'idée de persécution, d'idée mélancolique ou d'idée de grandeur. Il semble, je le répète, que l'idée clairement exprimée par le malade doit se caractériser assez nettement par elle-même.

Il n'en est pas toujours ainsi. Certains anxieux appréhensifs, qui craignent d'être brûlés, torturés, coupés par moreaux, arrivent souvent à un faux délire de persécution dans lequel les conceptions elles-mêmes présentent des caractères mixtes et indécis qui les rendent inclassables dans nos catégories ordinaires. Chez d'autres anxieux, l'idée d'être un grand coupable, d'avoir commis tous les crimes, d'être le diable, d'avoir une puissance infernale, etc., aboutit à une sorte de pseudo-mégalo-manie.

Je vous demande la permission de vous présenter quelques considérations sur ce faux délire de grandeur.

S'il est vrai, comme j'ai essayé de l'établir dans une précédente communication (2), que les idées ambitieuses germent souvent sur un état d'éréthisme psycho-moteur, on est en droit de se demander pourquoi, dans la mélancolie anxieuse où cet éréthisme moteur est évident, le délire prend une forme mélancolique et négative. Il y a là une difficulté que je ne me dissimule nullement, mais qui paraîtra peut-être moins insoluble si nous analysons avec attention l'état mental des anxieux.

Remarquons d'abord que leur éréthisme moteur présente un caractère tout particulier, il est automatique, violent, impulsif et s'accompagne de phénomènes inhi-

(1) 12 novembre 1887.

(2) Soc. méd.-psych. Séance du 28 mars 1887.

bitaires. L'excitation franche des excités maniaques est absolument différente.

Il n'est pas étonnant de trouver un contraste analogue dans les conceptions délirantes.

Dans les deux états, chez les excités maniaques comme chez les anxieux, le malade éprouve le sentiment d'une puissance intérieure ; mais chez ces derniers, c'est une puissance malfaisante, infernale et diabolique. Impuissants pour le bien, ils sont tout-puissants pour le mal.

Tantôt, le malade s'attribue à lui-même cette puissance ; tantôt, refusant de s'assimiler les impulsions horribles qui se produisent en lui, et dont il a conscience, il les explique par la théorie de la possession diabolique.

Il n'y a qu'une nuance entre les délires de culpabilité et de possession ; dans la confusion mentale qu'amène l'agitation anxieuse, les malades passent souvent de l'un à l'autre et se considèrent tantôt comme criminels, tantôt comme damnés et tantôt comme possédés.

Lorsque ce sentiment de puissance intérieure acquiert une intensité suffisante, il donne une sorte de grandeur aux conceptions morbides.

Le malade croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde ; il est Satan, il est l'Antéchrist. Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables : s'ils mangent, le monde entier est perdu ; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. Sont-ce là des idées de grandeur ? Est-ce un délire ambitieux que de se croire l'homme le plus infâme qui ait jamais existé et qui existera jamais ?

Bien que mélancoliques au fond, ces conceptions se rapprochent par certains côtés de la mégalomanie vraie. Les malades se considèrent comme des êtres exceptionnels, uniques dans le monde et s'attribuent, pour le mal il est vrai, une sorte de toute-puissance.

Si nous suivons ces malades dans la longue évolution de leur délire, nous voyons apparaître, à une période plus avancée dans la chronicité, des conceptions qui se rapprochent encore davantage du délire ambitieux. Le type de ces conceptions nous est fourni par les idées d'immortalité.

J'ai déjà appelé l'attention de la Société, il y a quelques années, sur les idées d'immortalité des anxieux chroniques, et j'ai essayé de démontrer qu'elles se rattachaient au délire hypochondriaque et aux dispositions négatives qu'on observe ordinairement chez ces malades.

Mais il y a d'autres conceptions morbides qui accompagnent fréquemment les idées d'immortalité et qui me paraissent congénères.

Si on examine avec un peu d'attention les immortels, on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais qu'ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Une démonopathe immortelle s'imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir, comme un bélier, les murs de l'église. Quelquefois, le corps n'a plus de limites, il s'étend à l'infini et se fusionne avec l'univers. Ces malades, qui n'étaient rien, en arrivent à être tout.

Je répète la question que je posais tout à l'heure : sont-ce là des idées de grandeur ? Les analogies avec la mégalomanie vraie se prononcent davantage et il est malaisé de répondre.

Les malades sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain. Ils millionnent comme des paralytiques ou des mégalomanes, mais ils millionnent dans le sens du délire mélancolique.

C'est là, je crois, ce qui les distingue des véritables mégalomanes. Dans leur exagération et leur énormité, les conceptions gardent leur caractère de monstruosité et d'horreur. Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, elle en marque, au contraire, le degré le plus excessif. Aussi ces délirants par énormité sont-ils plus que jamais lamentables, gémissent et désespérés ; leur attitude et leur physiologie sont toutes différentes de celles des véritables mégalomanes.

Mais il faudrait être un psychologue bien naïf pour ne pas deviner que là même l'amour-propre finit par

trouver son compte. L'hyperbolisme du langage, les idées d'énormité, le sentiment d'une puissance malfaisante il est vrai, mais surhumaine, s'accordent mal avec une véritable humilité. On aurait presque pu affirmer *a priori*, avant que l'observation clinique nous y eût autorisés, que de véritables idées de grandeur devaient à la fin se développer sur ce terrain.

Une malade que j'ai citée dans mon travail sur les négations (obs. V) et qui, en 1882, était un véritable type de ce délire, en est arrivée aujourd'hui à se croire immense ; elle est tout, elle est à la fois Dieu et le diable, toute-puissante pour le mal comme pour le bien, elle est la sainte Vierge, elle est reine du ciel et de la terre, etc. Ce délire se manifeste surtout par moments comme par accès et alterne avec l'ancien délire mélancolique et de négation. Il arrive même que les deux délires coexistent au même moment et s'associent de la manière la plus incohérente ; tantôt M^{me} X... est précipitée dans le néant, dans les abîmes à plus de mille pieds sous terre, tantôt elle est plus haute que le mont Blanc, elle est elle-même le mont Blanc, elle est le tonnerre, la foudre et les éclairs, tantôt elle n'existe plus, tantôt elle est à la fois dans l'Inde, en Amérique et dans toutes les parties du monde.

Je me résume dans les conclusions suivantes :

1° A une période plus ou moins avancée du délire anxieux se produit souvent une pseudo-mégalomanie caractérisée principalement par des idées d'immortalité, d'immensité, etc., pseudo-mégalomanie que je propose de désigner sous le nom de *délire d'énormité*, pour la distinguer du véritable délire de grandeur.

2° Ce délire d'énormité peut aboutir, dans des cas très chroniques, à de véritables idées de grandeur.

3° L'apparition d'idées de grandeur à une période avancée d'un délire chronique n'est pas spéciale au délire des persécutions.

M. FALRET. — Entre le délire d'énormité, tel que vient de nous le décrire M. Cotard, consécutif à la mélancolie anxieuse, et le délire de grandeur qui s'observe dans le cours de la paralysie générale, il y a un parallélisme très conforme à l'observation et très intéressant.

Du délire chronique (suite).

M. MAGNAN. — Les adversaires du délire chronique lui ont fait les honneurs d'une longue, minutieuse et savante discussion ; il faut s'en féliciter, puisque nous avons été amenés à préciser avec plus de soin certains côtés difficiles de cette espèce pathologique. La question avait été nettement posée par M. Garnier, reprise ensuite par M. Briand, mais d'où vient que cet exposé qui répond d'une manière si complète à l'observation a trouvé des contradictions ?

Assurément les discussions ne changent rien aux faits ; après comme avant, nous aurons des malades qui d'abord soupçonneux, inquiets, préoccupés se montreront hallucinés, persécutés, puis ambitieux, puis enfin, après un temps plus ou moins long, s'achemineront vers la démence. Faut-il laisser ce groupe de malades à physionomie si personnelle, à marche si régulière, à pronostic constant, faut-il les laisser confondus au milieu de tous les persécutés, de tous les mégalomanes, ou bien au contraire faut-il en faire une espèce particulière dont on déterminerait de plus en plus les caractères spéciaux ? Pour ma part, je n'ai pas hésité un seul instant et je fais tous mes efforts pour reconnaître et distinguer parmi les persécutés ceux qui sont appelés à devenir mégalomanes sans retour en arrière, ceux au contraire qui ne doivent pas s'engager dans cette route sans fin ou qui peuvent impunément être tour à tour persécutés, ambitieux, hypochondriaques, mystiques, etc., et dont le pronostic est tout différent.

Pourquoi ce qui paraît si clair et presque indiscutable aux partisans du délire chronique est-il considéré, au contraire, comme très obscur par ses adversaires ?

Pour comprendre ces dissidences, il est indispensable de remonter à la source et de se bien pénétrer de ce que nos maîtres éminents Lasègue et Morel et notre regretté Foville ont décrit.

Lasègue, dans sa monographie (*Du délire de persécution*, in *Arch. génér. de méd.*, février 1852), a eu le rare mérite de détacher du grand complexe symptomatique désigné par Esquirol sous le nom de lypémanie, un groupe de malades présentant un délire partiel dont il

fait une espèce pathologique nouvelle, qu'il appelle délire de persécution. Pour bien établir le type, il s'en est tenu à la période d'état, négligeant ainsi la marche de la maladie. Il a indiqué, toutefois, la période prodromique, mais il fait observer que si certains persécutés arrivent lentement, progressivement à construire leur roman systématique, il en est d'autres chez lesquels ce travail de formation du délire est *si rapide qu'on saisit avec peine le premier degré*. Si Lasègne ne se fût pas arrêté à la *période de floraison*, comme il le dit, et s'il eût continué à suivre l'évolution et la terminaison de la maladie, il serait arrivé à ce résultat inévitable que les persécutés chez lesquels la période prodromique fait défaut, sont justement les persécutés dont il eût constaté la guérison assez prompte. Et, par suite, il n'eût pas rangé dans une même espèce pathologique, d'une part, des malades qui guérissent presque toujours, d'autre part, des malades qui ne guérissent presque jamais.

Ces persécutés hallucinés qui guérissent rapidement sont, pour la plupart, des héréditaires dégénérés et, quelquefois aussi, des alcooliques subaigus, plus rarement des intermittents ou des hystériques. Ils ont les apparences d'un délirant chronique à la seconde période, mais ils en diffèrent totalement par leurs antécédents, par le mode de début du délire et surtout par son évolution ultérieure. Ils n'offrent jamais la marche systématiquement méthodique du délire chronique.

Une seconde assertion que nous devons relever, puisqu'elle a été cause de fréquentes erreurs, c'est que le délire de persécution pourrait s'accompagner ou non d'hallucinations. Après avoir parlé des illusions et des interprétations délirantes du début, Lasègne ajoute :

« Jusqu'à-là, le malheureux persécuté s'est maintenu dans les limites des sensations vraies sur lesquelles il a fondé ses inductons délirantes ; un certain nombre de malades ne va pas au delà. Ce qu'il a entendu il a pu, il a dû l'entendre, et, bien qu'il ne dépasse pas cette mesure, *il peut parcourir tous les échelons et arriver au terme le plus avancé de la maladie* ; d'autres, au contraire, sont poursuivis par des hallucinations sans être ni plus ni moins gravement malades (p. 139). »

Plus loin nous voyons encore :

« L'hallucination de l'ouïe n'est ni la conséquence obligée ni l'antécédent nécessaire du délire de persécution, mais elle est la seule qui soit compatible avec lui (p. 140). »

En admettant ainsi dans le même groupe des cas de délire de persécution sans hallucinations, on ouvre la porte à un certain nombre de malades, notamment aux *persécutés persécuteurs* que, pour notre part, d'accord en cela avec M. Falret, nous repoussons du cadre du délire chronique.

Lasègne ayant compris dans le délire des persécutions, des persécutés sans période prodromique, des persécutés sans hallucinations, c'est-à-dire, je le répète, des persécutés souvent curables, s'est trouvé naturellement porté à admettre une période de décroissance du délire de persécution, comme il ressort du passage suivant :

« J'ai suivi le délire de persécution depuis son début jusqu'à sa période d'état. Comme je ne veux qu'établir un type et déterminer les caractères qui doivent entrer dans sa définition, il serait hors de propos d'étudier sa *marche décroissante* ou de chercher les indications thérapeutiques (p. 142). »

Du reste, d'après la statistique de Lasègne, la proportion des femmes atteintes de délire de persécution s'élèverait à 25 0/0, au quart des entrées, y compris les idiots et les imbéciles. Ce chiffre énorme prouve éloquentement que Lasègne comprenait dans ce groupe un grand nombre des cas qui ne lui appartiennent pas.

Cela est si vrai que plus tard ce maître, avec sa vaste intelligence, entrevoyait lui-même les imperfections de son œuvre et, à propos du délire alcoolique subaigu, insistait particulièrement sur le diagnostic avec le délire de persécution. Plus tard encore, ayant eu à s'occuper de plusieurs aliénés persécuteurs et notamment de Teulat, le persécuteur de la princesse de B..., il présentait un groupe spécial de persécutés persécuteurs distinct du délire de persécution.

Le mémoire se termine par quinze observations très écourtées sans doute, mais dont la lecture cependant vient confirmer ce que nous avons dit et montrer à côté les uns des autres des faits de nature très différente.

En résumé, le délire de persécution de Lasègne a

marqué un pas en avant, en séparant des lypémaniaques d'Esquirol un premier groupe de malades ; mais cette espèce pathologique, basée presque exclusivement sur un caractère symptomatique, l'idée nette de persécution, a dû englober des faits disparates. De là, une confusion regrettable qui n'est pas sans exercer encore une certaine action sur les débats actuels.

Aujourd'hui, il fallait nécessairement faire un choix parmi les persécutés de Lasègue, car les uns sont hallucinés, d'autres ne le sont pas, les uns arrivent d'emblée à l'idée systématisée de persécution, d'autres n'y aboutissent qu'après une longue préparation ; les uns guérissent, les autres sont voués à l'incurabilité. De là, la nécessité, pour la détermination de ce nouveau groupe, de faire intervenir non seulement le caractère du délire, mais aussi les antécédents du malade et la marche de la maladie.

Voyons à présent ce que pensait Morel des délirants persécutés.

Morel, en 1860 (*Traité des maladies mentales*, p. 703 et suivantes), à propos du délire et des actes consécutifs à l'hypochondrie névrose, décrit le délire hypochondriaque et, dans un chapitre spécial, parle des persécutés qui deviennent des ambitieux. (Du délire des idées et des actes qui est la conséquence de l'hypochondrie, *folie hypochondriaque, délire de persécution*, p. 703. — Transformation du délire des persécutés, systématisation des conceptions délirantes ; transition à l'idée qu'ont ces malades d'être appelés à de grandes destinées, p. 714.)

S'il n'admettait que des persécutés devenant ambitieux, il s'en trouverait certainement parmi eux beaucoup qui seraient des délirants chroniques ; mais pour Morel il faut qu'ils soient hypochondriaques d'abord ; or, l'hypochondrie, nous le savons, est le plus souvent une manifestation des héréditaires dégénérés, et, comme le délire chronique est très rare chez ces derniers, il ne paraissait guère probable que l'*hypochondriaque-persécuté-ambitieux* pût présenter des caractères assez fixes pour entrer dans le cadre du délire chronique.

La lecture des deux observations que M. Morel donne comme exemples types montre surabondamment qu'il

s'agit là de dégénérés apportant dans leurs délires la mobilité qui caractérise la plupart d'entre eux.

Dans la première observation (observation d'un halluciné hypochondriaque racontée par lui-même, p. 342), il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, à tendances mélancoliques dès l'âge le plus tendre, d'une émotivité extrême, névropathe, migraineux, qui, à la suite d'une violente offense, — soufflet reçu dans une réunion publique, — devient plus triste, craintif et tout à la fois hypochondriaque et persécuté. Il s'agite, présente des troubles de la sensibilité générale et des hallucinations de tous les sens, il devient rapidement ambitieux, entend la voix de Dieu qui vient le choisir pour régner (p. 348). Enfin, il a des alternatives de stupeur et de violente agitation.

« A cette période, dit Morel, notre halluciné n'est plus reconnaissable. Après avoir été quelque temps dans un état de profonde stupeur, dans une espèce d'idiotisme avec suspension apparente au moins de toute activité délirante, et dans tous les cas de toute spontanéité intellectuelle, voilà que tout à coup il s'agite de nouveau. Bientôt rien n'égale les paroxysmes de sa fureur, l'obscénité de ses discours et la dépravation de ses sentiments et de ses instincts. Il déchire ses vêtements, et il détruit tout ce qui lui tombe sous la main. Il mange avec voracité, et cependant il maigrit; l'absence de sommeil entretient chez lui une irritabilité continuelle. Dans cette perturbation générale de toutes ses facultés intellectuelles et affectives, il nous semble que le malade conserve encore quelques rares sympathies qui surgissent de temps à autre, pour disparaître bien vite, il est vrai, mais qui cependant nous donnent l'espoir que tout n'est pas perdu pour lui.

« Eh bien, dans cet état extrême, la connaissance de la nature de ses sensations internes et de celles des illusions de son intelligence va nous expliquer les motifs de ses actes et fixer le genre du traitement. X... nous avoue qu'il sent dans tout son être comme un poison qui le consume. En effet, il a des borborygmes et des flatosités, sa langue est mauvaise et son haleine fétide. Qu'y a-t-il d'étonnant à ce qu'il se croie empoisonné? Il souffre aussi, d'une manière intermittente, de vio-

lentes palpitations de cœur ; sous l'influence de ce dernier phénomène, il y a chez lui des frayeurs qui vont parfois jusqu'à la syncope, et il s'écrie, pâle et tremblant : « A moi, à moi, au secours ! »

« Dans son sommeil, on plutôt dans un état intermédiaire entre le sommeil et le réveil, et qui remplit ses nuits, il a des visions effrayantes, il éprouve des sensations indicibles qu'il interprète d'après les dispositions de son état intellectuel. Il lui semble qu'un feu intérieur le dévore et se communique à tout ce qui l'entoure, à son lit, à ses vêtements ; il sent des flammes qui lui parcourent le corps. Cette sensation nouvelle détermine l'idée de sa damnation. Il se croit en enfer, etc. (p. 350). »

Enfin, après la succession de tant de délires variés, le malade, dit Morel, a fini par guérir, ce qui ne nous surprend nullement avec cette mobilité et cette multiplicité des phases délirantes.

Ai-je besoin d'ajouter que ce malade n'est pas plus le délirant persécuté de M. Falret qu'il n'est notre délirant chronique ?

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de vingt-cinq ans, ayant commis des actes extravagants toute sa vie ; c'est, dit Morel, un aliéné hypochondriaque porté au suicide, à l'homicide, aux excès vénériens et bachiques. Voici, du reste, le passage de l'observation relatif à ces dispositions malades :

« Pour échapper à cette tendance qui l'entraînait au meurtre d'une manière irrésistible, Lemaître s'enfuyait du toit conjugal avec l'argent qu'il pouvait emporter ; il parcourait alors les campagnes, entrainé dans les cabarets, et commettait des excès incroyables. Ce n'est que lorsqu'il avait épuisé ses dernières ressources qu'il revenait à la maison, hébété, abruti, honteux de lui-même, mais calme en apparence. Il reprenait son travail, promettait de ne plus recommencer, demandait pardon à sa femme, et déplorait ses égarements. La crise était passée ; mais après quelque temps de repos, les mêmes phénomènes se reproduisaient, sous l'influence des mêmes causes, et les absences se prolongeaient toujours davantage. En effet, l'enquête a établi que, dans l'espace de deux années, ce malheureux n'a pas vécu six mois dans son domicile.

« Dans le cours de son procès, une personne très respectable m'écrivait : « Nul ici ne se fait illusion sur l'état « réel de Lemaître. C'est un débauché qui a réduit sa « femme à la dernière misère. Il s'enfuit de chez lui « pour se livrer aux égarements les plus honteux ; dans « ses absences, qui se prolongent de plus en plus, il ne « quitte pas les cabarets et les lieux de prostitution « les plus mal famés. » Nous voilà donc arrivés à la phase de l'existence malade de cet hypochondriaque, où, après l'avoir vu sur le point de commettre un suicide ou un homicide, nous observons chez lui une dépravation génésique. Il a, de plus, des tendances irrésistibles à la boisson. Or, si toutes ces tendances malades si injustement attribuées à la passion, à la débauche, par un appréciateur qui n'est pas médecin, étaient autant d'entités pathologiques distinctes, dans quelle catégorie de prétendus monomanes faudrait-il donc classer cet aliéné ?

« Mais nous n'avons pas épuisé la série des phénomènes malades, des actes insensés, dont l'existence de Lemaître nous offre le tableau (p. 423). »

Puis arrive une bouffée de délire ambitieux, il raconte qu'il est appelé à sauver l'État et qu'il doit devenir un des plus fermes soutiens de l'empire.

Plus tard, il est traduit en cour d'assises pour avoir mis le feu à une meule de gerbes de blé afin de se faire rendre justice.

Ce malade a guéri de ce premier accès et a pu quitter l'asile ; mais après une rechute, il a été ramené à Quatre-Mares.

Pas plus que le précédent, ce malade ne rentre dans le délire de persécution de M. Falret, ni dans notre délire chronique.

Quoi qu'il en soit, la grande autorité de Morel a pesé certainement sur quelques-unes des opinions qui ont été présentées dans notre discussion.

Examinons maintenant le mémoire vraiment remarquable de Foville sur la folie avec prédominance du délire des grandeurs (1).

(1) A. Foville. *Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs*. Paris, 1871.

Nous trouvons dans ce consciencieux travail la contrepartie du délire de persécution de Lasègue. Foville s'approprie quelques-uns des hallucinés persécutés de Lasègue, devenus des hallucinés ambitieux, et il les range dans une nouvelle espèce pathologique, la mégalomanie. Si Foville s'était contenté de comprendre les seuls persécutés devenus ambitieux, nous serions bien près de nous entendre ; mais la mégalomanie de Foville ne contient pas seulement les délirants chroniques (persécutés hallucinés à longue éclosion devenus plus tard ambitieux), et auteur fait entrer aussi dans le cadre de la mégalomanie des sujets qui d'emblée ont des hallucinations et des idées ambitieuses ; d'autres, qui ont des idées ambitieuses et pas d'hallucinations ; d'autres chez lesquels les délires des grandeurs et de persécution sont contemporains, et enfin des cas dans lesquels le délire des grandeurs se montre le premier et est suivi de délire de persécution. Si bien que nous nous trouvons encore en présence des mêmes difficultés, nous avons un groupe clinique, la mégalomanie, qui réunit des sujets très différents, non seulement au point de vue des caractères même du délire, mais aussi au point de vue du début et de l'évolution de la maladie.

Foville étaye la mégalomanie sur douze observations ; dans les quatre premières, il s'agit manifestement d'héritaires dégénérés.

« Obs. I. — Mégalomanie au début. — Prédisposition héréditaire à la folie. — Anomalies d'instincts et de sentiments. — Délire partiel avec mélange d'idées de grandeur et d'idées de persécution ; pas de trouble sensoriel.

Remarques. — M. R..., âgé de vingt-deux ans, fils naturel d'une mère morte aliénée, a offert dans ses antécédents les anomalies d'instincts et de sentiments, associées à quelques aptitudes intellectuelles très développées, sur lesquelles M. Morel a insisté avec raison comme caractérisant les névropathiques héréditaires et prédisposés à la folie. L'événement a justifié les craintes que ces prédispositions devaient inspirer ; depuis quelques mois, M. R... est affecté de délire partiel. Celui-ci a commencé par les conceptions, car nous n'avons trouvé chez lui aucune trace d'hallucinations ; il a en,

dès le début, le caehet ambitieux, car il a l'idée qu'il n'a qu'à poser sa candidature dans un département quelconque pour être tout de suite élu député ; il s'y joint aussi certaines idées de persécution. Nous pouvons donc considérer son état comme un début de mégalomanie ; mais il faut reconnaître que les accidents ne font que commencer ; qu'ils parcourront sans doute bien d'autres phases dans le cours d'une existence où il est fort à craindre que la folie n'occupe une large place, et qu'il serait, par conséquent, téméraire de porter dès aujourd'hui un diagnostic formel que l'avenir pourrait modifier. Aussi avons-nous voulu rapporter cette observation la première comme exemple de début probable d'une mégalomanie primitivement intellectuelle, et signaler ce qu'il peut y avoir encore de douteux dans cette observation (p. 350). »

Il s'agit bien là, ainsi que le pense Foville, d'un héréditaire dégénéré.

Dans la seconde observation (mégalomanie au début, hallucinations engendrant directement le délire des grandeurs), le sujet est encore un héréditaire dégénéré. Dans ses remarques, Foville fait observer qu'il n'y a que des idées de grandeur et des hallucinations, que les idées de persécution font défaut, et il ajoute : *Cela durera-t-il ?* Cette interrogation prouve bien que Foville, en fondant tous ces faits dans la même espèce pathologique, ne se rendait pas compte de la différence, suivant les cas, de l'évolution des idées délirantes.

Dans la troisième observation (mégalomanie. — Délire des grandeurs primitif. — Idées de persécution et hallucinations secondaires), le sujet est encore un héréditaire dégénéré. Il en est de même pour l'observation IV : Accès aigus de mégalomanie, hallucinations, idées de persécution et de grandeur simultanées.

L'observation V est un délire chronique : Mégalomanie. — Délire partiel systématisé. — Hallucinations. — Idées de persécution. — Délire des grandeurs consécutif.

L'observation VI est la seule sur les douze où l'on trouve du délire hypochondriaque qui, nous l'avons vu, devrait, d'après Morel, se montrer constamment ; le sujet paraît être un héréditaire dégénéré. Les six autres

observations sont un peu écourtées, mais elles paraissent se rattacher pour la plupart au délire chronique.

Cela suffit pour nous donner une idée de ce groupement de faits qui, malgré le caractère symptomatique commun qu'ils puisent dans la mégalomanie, n'en constituent pas moins une mosaïque clinique où l'on chercherait vainement une marche et un pronostic pouvant se rattacher à tous les cas.

Après avoir fait ressortir, dans les travaux de nos devanciers, les causes d'erreur qui pouvaient encore exercer leur influence, j'en viens à la communication de M. Falret.

Notre savant collègue indique tout d'abord en quelques mots l'évolution du délire de persécution tel qu'il le comprend. A une période d'incubation, que nous admettons comme lui, succède une deuxième période caractérisée par des hallucinations auditives et des idées systématisées de persécution; puis vient une troisième période avec des hallucinations de l'ouïe, du goût, de l'odorat, des troubles de la sensibilité générale et des idées stéréotypées de persécution, enfin survient le délire ambitieux.

Que notre excellent collègue nous permette de faire observer que les troubles de la sensibilité générale se montrent assez souvent dès le début de la deuxième période : avec les premières injures, tel malade se plaint de démangeaisons, qu'il attribue à de la vermine qu'on lui lance dans la rue, tel autre se dit tourmenté par des décharges électriques, etc. Quelquefois aussi, on observe de bonne heure des hallucinations du goût et de l'odorat (1). D'autre part, le délire stéréotypé est un phénomène habituellement très tardif, et, quand il se présente, des modifications beaucoup plus importantes se sont déjà produites : les idées ambitieuses et les erreurs de la personnalité. Aussi nous paraît-il plus simple de comprendre le délire de persécution dans la deuxième période et le délire ambitieux dans la troisième période; c'est à ce moment que les idées délirantes tendent à se

(1) Magnan. *Du délire des persécutions. Leçons faites à l'asile Sainte-Anne.* — (*Gaz. méd.* octobre-novembre 1887.)

stéréotyper; cette période précède la dernière étape, celle de déchéance intellectuelle ou de démence.

Quant au délire ambitieux, M. Falret ne partage nullement l'opinion des partisans du délire chronique. Ce délire ambitieux s'observe à peine, dit notre savant contradicteur, dans le tiers des cas, et c'est un simple délire surajouté qui ne change rien au fond de la maladie.

Dans une discussion clinique, je ne puis assurément répondre que par les faits et je demande la permission d'invoquer les observations d'un adversaire qui n'est pas suspect de tendresse pour le délire chronique, de notre collègue M. Séglas qui, du reste, a choisi plusieurs de ses observations dans le service même de M. Falret.

Que voyons-nous chez ces sept malades? six ont du délire ambitieux, et, sur les six, quatre n'avaient, il y a deux, trois, quatre ans, au moment de leur entrée au bureau d'admission, que des hallucinations et du délire de persécution, et, pour ces quatre, il faut bien le remarquer, en disant délire chronique, nous comprenions implicitement le développement ultérieur du délire ambitieux. Il est probable que si M. Falret se donne la peine de faire une nouvelle statistique, en ne comprenant que les vrais délires chroniques, le désaccord sur ce point cessera entre nous.

Quant au délire ambitieux, il ne peut rien changer au fond même de la maladie. Comme le délire de persécution, il se développe le plus souvent sous l'influence d'une hallucination; d'autres fois, au contraire, il est déduit logiquement, suivant le mécanisme indiqué par Foville, du délire de persécution; mais quelquefois aussi il se développe brutalement en quelque sorte, sans nul raisonnement de la part du malade; il semble que le terrain soit devenu propice à l'éclosion des idées ambitieuses; le patient, comme l'a fait remarquer M. Christian, subit son délire et le subit passivement.

Le délire ambitieux ne change pas assurément la nature de la maladie; le délire de persécution persiste, mais les idées ambitieuses tendent peu à peu à devenir prédominantes et donnent au sujet non seulement une personnalité nouvelle, mais aussi une physionomie toute différente de celle du début. Dans quelques cas d'hallu-

cinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté, les hallucinations d'abord très nombreuses dans l'oreille que nous pourrions appeler persécutée, tendent à diminuer à mesure que se développent les hallucinations dans l'oreille ambitieuse (1).

Cette période fait donc corps avec le délire chronique, au même titre que la suppuration dans l'éruption variolique.

M. Falret ne veut pas de la période de démence et cependant, s'il est vrai que certains délirants chroniques soient encore, au bout de vingt ou trente ans, capables de causer raisonnablement sur beaucoup de sujets étrangers à leur délire, il en est d'autres chez lesquels le niveau mental a notablement baissé, leur activité cérébrale se borne à ressasser quelques conceptions délirantes stéréotypées. De temps à autre leur esprit se réveille sous l'influence d'hallucinations, d'images tonales qui continuent à s'échapper presque automatiquement du centre cortical. Ils se montrent indifférents à ce qui les entoure; on les voit adoptant parfois des attitudes spéciales, se tenant à l'écart, tantôt immobiles, d'autres fois parlant seuls à voix basse, faisant tout à coup certains gestes toujours les mêmes en rapport avec des conceptions délirantes qui ne changent pas non plus. Si vous les interrogez, ils ne répondent pas d'abord, puis, si l'on insiste, ils regardent comme étonnés et ne donnent souvent que des réponses incomplètes. C'est bien là une déchéance réelle de l'intelligence que nous désignons du nom de démence, ce terme s'adressant, d'une manière générale, aux états intellectuels en voie de déclin.

Enfin, M. Falret craint que le délire chronique ne comprenne des faits plus nombreux et plus complexes que ceux que l'on admet dans le cadre du délire de persécution. Il peut se rassurer sous ce rapport; car le délire chronique tel que nous le comprenons laisse en dehors de lui des faits qu'embrasse, au contraire, le délire des persécutions beaucoup moins limité et beaucoup plus compréhensif.

(1) Magnan. *Des hallucinations bilatérales à caractère différent suivant le côté affecté*, in *Arch. de Neurol.*, n° 18, novembre 1883.

Enfin, faut-il conserver le nom de délire de persécution sous lequel Lasègue comprend cette immense classe de délirants persécutés? Dans ce cas, pourquoi ne l'appellerions-nous pas *mégélanie* avec Foville, puisque, du moins, nous aurions sous ce vocable les trois périodes : incubation, persécution, ambition? Mais M. Falret me répondrait sans doute, qu'à côté des persécutés mégélanes, Foville a rangé des mégélanes d'emblée et d'autres mégélanes très différents; c'est bien aussi mon avis et c'est pour cela que je crois devoir désigner ce groupe bien limité de malades sous le nom de délire chronique à évolution systématique.

Ce que j'ai dit des travaux de Lasègue, de Morel, de Foville, ma réponse à M. Falret et les objections présentées par MM. Garnier, Briand et Doutrebente à MM. Dagonet et Christian, ne me permettraient d'argumenter les savantes communications de mes deux distingués collègues qu'en reproduisant des opinions déjà émises; j'insisterai d'autant moins que MM. Dagonet et Christian sont l'un et l'autre d'excellents cliniciens, qu'ils ont l'un et l'autre un magnifique service et qu'ils pourront aisément contrôler de nouveau les assertions émises sur le délire chronique.

Un mot seulement sur la communication de M. Ball; notre honorable collègue a rapporté deux observations intéressantes de délire ambitieux systématisé chez des dégénérés; dans l'une d'elles notamment le délire ambitieux remonte à l'âge de huit ans. Ces faits prouvent une fois de plus combien il était nécessaire de tracer nettement les limites du délire chronique pour ne pas confondre avec lui des cas de ce genre, très différents aussi bien par les caractères spéciaux du délire que par leur origine et leur évolution.

Quant à M. Charpentier, il a fait une étude sémiologique fort étendue des idées morbides de persécution qu'il a classées en neuf groupes; mais le dernier groupe seulement, « persécutés qui aboutissent à la mégélanie, » se rattache à notre discussion. Les principales objections de M. Charpentier, rappelant celles qui ont déjà été présentées, ne réclament pas de nouveaux arguments de ma part; aussi je demande la permission de passer à la communication de M. Cotard.

L'argumentation de M. Cotard repose principalement sur une nouvelle manière d'envisager l'origine du délire. Suivant notre éradit contradicteur, le délire ambitieux, par exemple, est tout autre selon qu'il repose sur des lésions psycho-motrices, lésions de la volonté, ou sur des lésions psycho-sensorielles, lésions de la sensibilité.

Analysant le délire ambitieux du paralytique général, du circulaire, il pense qu'en dehors des caractères généraux signalés par M. Falret, ce que ce délire ambitieux a de spécial, il le doit à son origine psycho-motrice et à l'idée prédominante de toute puissance.

Il rappelle l'acte absurde du paralytique qui, s'imaginant avoir des ailes, se jette bravement par la fenêtre. L'absurde, dit-il, ne l'arrête pas, il est tout-puissant.

Je demande à M. Cotard la permission de faire observer que l'idée de puissance ne suffirait pas à elle seule pour expliquer un tel acte, car l'aliéné circulaire qui est, lui aussi, tout-puissant, ne se jette pas par la fenêtre pour prendre son vol.

D'autre part, au contraire, le paralytique est coutumier du fait ; il est absurde dans tous ses actes. S'il veut se tuer, il le fait à sa manière : une femme paralytique qui entendait des injures (délire à origine psycho-sensorielle) raconte qu'on *l'embête* et qu'elle veut en finir avec la vie. Elle allume un réchand de charbon dans sa chambre, mais comme la fumée enveloppe les rideaux, elle se lève, va ouvrir la fenêtre et se remet au lit, attendant l'asphyxie qui ne vient pas. Voilà donc un acte tout aussi naïf, tout aussi absurde que celui du paralytique tombé par la fenêtre.

Peu importe, il me semble, l'origine motrice ou sensorielle de ces conceptions délirantes ; car ce qui rapproche ces deux actes de paralytiques c'est, avant tout, l'état mental, c'est le fond de démence sur lequel reposent toutes leurs conceptions.

Pour M. Cotard, l'origine psycho-sensorielle donnerait au délirant persécuté son caractère particulier. Assurément, il ne faut rien négliger dans l'étude pathogénique du délire ; mais, pour le clinicien, il y a d'autres éléments qui sont des guides plus sûrs, un exemple va vous le faire comprendre :

« Si nous examinons, dit M. Cotard, un autre malade, et que celui-ci, dans le courant de la conversation, nous avoue confidentiellement qu'il est l'héritier des Bourbons, et qu'il est appelé à monter sur le trône de France, il est probable, si nous l'interrogeons adroitement, qu'il ne tardera pas à ajouter que ses ennemis le maintiennent dans une maison de santé où ils lui font subir mille tortures. »

Notre cher Président semble croire que ce délire ambitieux systématisé avec les idées de persécution suffirait à poser un diagnostic. Ce serait là une erreur; car cet héritier des Bourbons persécuté pourrait être tout aussi bien un délirant chronique qu'un mégalomane dégénéré, distinction fort importante pour le clinicien, puisque le premier, nous le savons, est incurable, tandis que le second peut guérir.

Par conséquent, le contenu même du délire, la formule, pour me servir de l'expression de M. Cotard, ne suffit pas au diagnostic, il faut aussi s'enquérir de la marche et de la succession des idées délirantes. Cet aliéné ne sera délirant chronique que tout autant qu'il ne sera devenu l'héritier des Bourbons, qu'après une période d'incubation et d'interprétations délirantes suivie elle-même d'une longue étape de persécution.

Si, au contraire, c'est un héritier des Bourbons de fraîche date, s'il est devenu ambitieux et persécuté en même temps, ou bien si les idées de persécution se sont développées longtemps après un délire ambitieux systématisé, il s'agit d'un dégénéré dont les antécédents fournissent habituellement d'autres troubles nerveux. Le pronostic devient dans ce cas beaucoup moins sombre.

Ce sont donc des malades tout différents, et je dirai volontiers comme M. Cotard, il n'y a pas *une* mégalomanie, *un* délire des grandeurs et, nous pourrions ajouter, *un* délire de persécution; mais la clinique nous enseigne, et c'est par là que je termine, qu'il y a bien réellement un délire chronique à évolution systématique.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, il ne serait pas possible de discuter au pied levé le remarquable discours que vient de prononcer M. Magnan. Je voudrais cependant présenter quelques courtes observations, afin de rappeler et de préciser quel est l'objet du débat, et sur quoi

portent nos divergences. Il y a un certain nombre de points sur lesquels nous sommes tous d'accord. Nous reconnaissons volontiers que les *idées de persécution* sont un symptôme banal que l'on rencontre chez une foule d'aliénés, les alcooliques, les héréditaires, les vieillards en démence, les hystériques, etc., et il ne nous suffit pas de constater leur existence pour porter le diagnostic de *Délire de persécution*. Nous reconnaissons également que chez un certain nombre d'aliénés la maladie évolue, comme M. Magnan l'indique, pour son délire chronique à évolution systématique. Mais nous ne saurions admettre que ce soit la règle, et que le délire de persécution de Lasègne doit être englobé dans le délire chronique.

Nous croyons, ou du moins je crois, que le délire de persécution, tel que le décrit Lasègne, doit subsister comme maladie distincte, qu'il a des symptômes caractéristiques, dont tous les observateurs ont reconnu l'exactitude. Je pense notamment, et je regrette que ce point n'ait été qu'effleuré dans la discussion, qu'entre le délire de persécution et la lypémanie, — quelque forme qu'elle revête, anxieuse, hypochondriaque, religieuse, etc., — il y a une différence fondamentale, absolue. Le persécuté tire tout son délire du dehors : jamais il ne s'accuse d'un méfait, d'une indignité quelconque. On le poursuit, on le malmène, on le tourmente ; mais sans qu'il sache pourquoi, car il n'a jamais rien fait de mal. Tout au contraire le lypémanique s'accuse, se déclare coupable : il n'est pas de crimes, pas d'indignités qu'il n'ait commis ; c'est de lui, et de lui seul que vient le mal : tout son délire s'alimente dans son for intérieur. Il y a là, je crois, la distinction capitale à faire entre le persécuté et le lypémanique.

Mais, dans le débat actuel, il s'agit d'autre chose ; il s'agit, je le répète, de savoir si le délire de persécution doit être englobé dans le délire chronique, — si, au lieu d'être une maladie distincte, il n'est plus qu'une phase, qu'une période de ce que l'on nous donne sous le nom de délire chronique, — si, après la période de persécution, vient fatalement celle de mégalomanie, puis celle de démence. Or, malgré tout le talent de nos contradicteurs, je dois dire qu'ils ne m'ont pas convaincu. Non seule-

ment tous les persécutés ne deviennent pas mégalo-maniaques, mais je persiste à dire que la démence n'est qu'exceptionnellement et accidentellement la terminaison de la maladie.

M. RITTI. — Etant donnée une série de malades atteints du délire de persécution, à quels signes M. Magnan reconnaîtra-t-il que tel ou tel passera à la période des idées de grandeur ?

M. MAGNAN répond que c'est à l'évolution du délire. Dans les cas difficiles, en effet, c'est la marche de la maladie qui permet de distinguer les délirants chroniques de certains dégénérés à délire systématisé.

M. RITTI. — Mais tous les malades qui ont parcouru les deux premières phases du délire chronique arrivent-ils nécessairement à la phase des idées de grandeur ?

M. MAGNAN. — C'est là la marche habituelle ; mais en clinique, M. Ritti le sait bien, il n'y a rien d'absolu. Du reste, les faits opposés par les adversaires mêmes du délire chronique prouvent qu'au délire de persécution succède, en général, le délire ambitieux ; pour ma part, c'est ce que j'ai observé jusqu'ici et quelques faits exceptionnels, s'il en existait, ne sauraient infirmer la règle.

M. FALRET fait observer qu'il a depuis longtemps attiré l'attention de la Société sur les aliénés persécutés qui ont tous les caractères des héréditaires, mais qui ne présentent ni hallucinations de l'ouïe ni idées de grandeur. Ce sont ces malades qui ont fait l'objet de la thèse de son élève, M. Pottier.

M. MAGNAN. — La folie héréditaire n'implique pas seulement le fait d'avoir des ascendants aliénés, mais encore de présenter des caractères de dégénérescence.

M. CHRISTIAN. — Je reprends la question qu'a posée tout à l'heure M. Ritti, et je dirai à M. Magnan : Voilà un aliéné ; par éliminations successives, nous sommes arrivés à poser le diagnostic de délire de persécution. Y a-t-il des signes, et quels sont-ils, qui permettent de dire, si, oui ou non, ce délire évoluera sous la forme du délire chronique ? Si le délire chronique évolue avec la régularité mathématique qui lui est attribuée, ces signes doivent exister, et du moment où nous les con-

naîtrons, nous pourrions vérifier leur existence, et toute discussion cessera.

M. COTARD. — M. Magnan admet-il la possibilité des idées de damnation chez les délirants chroniques? Ces idées sont-elles ou non exclusives du délire chronique?

M. MAGNAN. — Des idées mystiques peuvent se montrer chez le délirant chronique, mais ces idées, assez communes autrefois, sont très rares de nos jours, et, comme j'ai eu l'occasion de l'indiquer, dépendent surtout de l'influence de l'éducation et du milieu social.

M. PAUL GARNIER. — Le délirant chronique, à la période des idées de persécution, se caractérise par la longueur de l'incubation du délire, par la persistance prolongée des hallucinations de l'ouïe, par la coordination différente de son délire.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

Lyon médical.

ANNÉE 1885.

1° *Note sur un cas d'épilepsie congestive*; par M. True (n° 14).

2° *Des troubles de nutrition liés aux lésions périphériques du système nerveux*; par M. Mayet (n° 24, 25, 27).

3° *La criminalité à Naples*; par A. B. (n° 19, 20, 22).

Résumé statistique des diverses formes de la criminalité à Naples, et de ses diverses causes, d'après les travaux de L. Bodio, Lacassagne, Ferri, Lombroso, Morselli.

4° *Observation de ramollissement cérébelleux avec titubation*; par M. E. Weill (n° 23).

5° *Note sur un cas d'hémi-ataxie locomotrice progressive d'origine professionnelle*; par M. Henri Bertoye (n° 38).

Intéressante observation d'hémi-ataxie locomotrice ayant débuté par le membre inférieur droit et s'étant ensuite exclusivement localisé aux deux membres de ce côté, chez un ouvrier tisseur qui, de douze à quinze heures par jour, ne cessait avec le pied droit d'abaisser et d'élever la pédale de sa machine. L'auteur ne voit pas là qu'une simple coïncidence, et il pense que l'apparition du tabes dans la portion droite de la moelle lombaire doit être attribuée aux fatigues de la jambe correspondante.

6° *Un précurseur lyonnais de la médication par suggestion*; par M. Diday (n° 40).

A propos des expériences de MM. Bourru et Burot sur l'action des médicaments à distance, M. Diday rappelle qu'un médecin de Lyon, le D^r Emile Gromier exposait dans la *Revue*

de Lyon (avril 1850) une série de faits analogues, étant donnée la différence des formules scientifiques des différentes époques. Le D^r Gromier magnétisait des sujets en soufflant au travers d'une substance médicamenteuse, placée dans un tube de verre, et l'effet se produisait, conforme à l'action habituelle de cette substance. Le médecin lyonnais était même allé plus loin. « J'ai fait mieux encore, dit-il, je me suis servi de mon tube à vide; j'ai soufflé au travers, et j'ai obtenu des évacuations comme avec l'aloès... J'ai répété la même expérience en attachant à mon idéc une propriété médicale déterminée, et l'action médicale s'est produite jusqu'à un certain point. »

7° *Syphilis, ataxie, cardiopathie*; par M. L. Bouveret (n° 43).

Après avoir résumé l'histoire de la question, et rapporté un fait personnel intéressant, l'auteur propose de ces faits une interprétation nouvelle qui attribue à la syphilis l'origine des accidents ataxiques et cardiaques. Il termine en groupant les faits jusqu'à présent connus dans les trois catégories suivantes :

« 1° L'ataxique, atteint d'une cardiopathie, lésion aortique ou mitrale, est en même temps rhumatisant ou bien atteint d'artério-sclérose. On ne peut pas, en l'état actuel de la question, faute de caractères absolument propres aux cardiopathies ataxiques, affirmer une relation pathogénique entre les deux affections; il est possible qu'il y ait seulement une coïncidence fortuite d'une ataxie et d'une cardiopathie d'origine rhumatismale ou athéromateuse.

« 2° Quand il s'agit de troubles fonctionnels du cœur, sans lésions permanentes des orifices ou des valvules, l'interprétation de M. Grasset est très acceptable; ces troubles fonctionnels peuvent être considérés comme des phénomènes réflexes, et le point de départ réside dans l'excitation soit des nerfs sensitifs, soit des régions sensibles de la moelle épinière.

« 3° Si l'ataxique est atteint d'une lésion permanente des orifices ou des valvules, et qu'il ne présente aucune des causes habituelles de la cardiopathie, il y a lieu de présumer, étant donnée la très grande fréquence de l'ataxie d'origine syphilitique, que la syphilis a produit tout à la fois le tabes et la cardiopathie.

« Des observations nombreuses et très complètes au point de vue étiologique démontreront probablement dans l'avenir la fréquence relative de cette triade pathologique : syphilis,

ataxie, cardiopathie. En tout cas, l'observation que j'ai rapportée suffit déjà pour établir l'existence certaine d'une relation pathogénique de cette nature. »

8° *Suicide par coup de revolver à la tempe droite ; survie de quatorze heures ; hémiplegie droite incomplète ; paralysie de moteur oculaire commun droit ; autopsie ;* par M. Duzéa (n° 44).

9° *De l'expertise mentale ;* par M. Max Simon (n° 49).

Cet article est un chapitre extrait de l'excellente brochure de l'auteur qui a pour titre : *Crimes et délits dans la folie*. M. Max Simon y résume les préceptes ordinaires de l'expertise mentale (simulation, examen direct, interrogatoire, écrits des aliénés, responsabilité partielle).

ANNÉE 1886.

1° *L'énervement ; maladie nouvelle ;* par M. P. Diday (n° 1).

Description humoristique, par le spirituel feuilletoniste médical de Lyon, de cette exaltation nerveuse si fréquente chez la femme de notre époque, qu'on appelle *énervement*.

2° *Surdité verbale ; aphémie ; hémianesthésie corticale ;*
par M. Perret (nos 5 et 6).

Observation remarquable, surtout en ce que malgré l'aphémie, la circonvolution de Broca ne présentait pas de lésion appréciable, tandis qu'il existait un vaste foyer de ramollissement dans toutes les circonvolutions de l'insula.

3° *Sur l'extirpation du goître ;* conférence faite par le prof. Jacques L. Reverdin (de Genève) (nos 15, 16, 18).

A l'occasion d'une opération de thyroïdectomie, qu'il est appelé à faire par un de ses confrères de Lyon, le prof. Reverdin fait une intéressante conférence sur le sujet, et s'étend surtout sur les conséquences tardives de l'opération, sur ce myxoédème opératoire si curieux qu'il a été le premier à signaler. Sans prendre parti dans la question encore si obscure de la pathogénie de l'accident, l'auteur insiste sur ce fait que l'ablation totale de la glande est seule suivie de cachexie myxoédémateuse, ce qui le conduit à prescrire absolument l'ablation partielle.

4° *Étude expérimentale sur l'action thermique de l'eau froide en application hydrothérapique*; par M. le D^r Couette (n° 24, 25, 26, 27, 28).

L'auteur attire tout particulièrement l'attention sur la *réaction vitale* produite par l'hydrothérapie, quand l'organisme, se trouvant de quelques dixièmes au-dessous de sa température normale, cherche à y revenir en exagérant les phénomènes de nutrition et de combustion intimes. C'est à cette réaction nutritive finale qu'est dû, en grande partie, l'effet curatif de l'hydrothérapie sur un très grand nombre de névroses et spécialement sur certaines formes d'hystérie sans lésions nerveuses appréciables, considérées comme *simples troubles de fonctionnement*, mais qui sont dues à de véritables *troubles de nutrition* du système nerveux.

5° *Des troubles nerveux chez les arthritiques*; par le D^r Deligny (de Toul) (n° 29).

Après avoir fait l'historique des travaux sur ce sujet, l'auteur cite, à l'appui de l'opinion qui admet que l'arthritisme peut donner naissance à de véritables névroses, plusieurs observations qu'il a recueillies à la station des eaux de Saint-Gervais.

L'auteur conseille dans ce cas d'exclure du traitement les eaux minérales fortes et de n'employer dans la cure thermale que les moyens simples et doux. Les eaux de Saint-Gervais lui ont donné de bons résultats. Il faut que le malade se plaise là où il devra faire sa cure.

6° *Sur l'antipyrine considérée comme médicament nervin*; par R. Lépine (n° 33, p. 501).

L'action de l'antipyrine sur le système nerveux ne paraît pas suffisamment étudiée jusqu'ici au professeur de Lyon. Ce médicament a été manifestement utile chez plusieurs hystériques sur lesquels il poursuit l'étude de l'indication.

« En résumé, dit-il, l'antipyrine n'est pas seulement un précieux antipyrétique, c'est un *nervin* dont les indications restent à préciser. »

- 7° *Plaie pénétrante du crâne, perte de substance cérébrale, hémiplegie droite, aphasie*; par M. Chambard-Heison (n° 45).

Cette observation, relative à un enfant de neuf ans, est très intéressante parce que la lésion a eu lieu sur les ascendantes antérieures et postérieures *gauches* et que probablement la troisième circonvolution frontale du même côté paraît avoir été détruite ou plus ou moins profondément lésée. Le malade a eu une hémiplegie du côté droit de la face et du corps et est devenu aphasique. L'accident a eu lieu le 2 février 1884; le 12 du même mois, les mouvements des membres sont revenus; à partir du 23, la surdité verbale a d'abord disparu, puis la mémoire est revenue, et le 12 mars (30 jours après), l'enfant fait sa première sortie dans d'excellentes conditions.

L'auteur termine cette observation en citant l'opinion de MM. Tripier et Grasset, le premier voulant que la zone motrice soit appelée *sensitivo-motrice*, le second disant que les lésions corticales ne déterminent que des anesthésies peu prononcées et dont l'intensité va généralement en diminuant.

- 8° *Paralysies radiculaires supérieures du plexus brachial, d'origine professionnelle*; par C. Vinay, agrégé, médecin des hôpitaux (n° 47).

Ce professeur cite l'observation d'un nouveau cas à ajouter aux nombreuses observations déjà publiées d'accidents semblables dus à une compression prolongée.

- 9° *Note sur une tumeur du plexus choroïde du quatrième ventricule et sur un kyste du cervelet*; par M. Mayet (n° 50).

Deux observations intéressantes à ajouter à l'histoire des tumeurs du cervelet; elles confirment les notions acquises sur l'ataxie spéciale due aux lésions de cet organe et sur son rôle dans la fonction d'équilibre et de coordination générale des mouvements associés des muscles.

Montpellier médical.

ANNÉE 1885.

- 1° *Indications de la trépanation du crâne dans les lésions traumatiques*; par le Dr Cauvy, de Béziers (n° 6). (Mémoire lu au Congrès de chirurgie, 1885.)

Dans ce mémoire, l'auteur, après avoir démontré l'utilité et l'innocuité de l'application du trépan, étudie les cas où cette

opération est indiquée et les règles à suivre dans son emploi. Il ne considère que les fractures de la voûte, cas dans lesquels « on ne saurait trop la conseiller et la pratiquer », ainsi que dans tous les cas de traumatisme de la tête où existent des phénomènes indiquant une lésion des centres.

2° *Un cas de fracture du crâne envisagé au point de vue médico-légal*; par M. Alph. Jaumes (n° 6).

C'est un cas de lésion traumatique du crâne ayant amené la mort sans trahir aucun phénomène appréciable pendant un temps relativement long.

3° *Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale intimement liée à un abcès s'ouvrant par l'oreille externe gauche et reconnaissant comme cause pathogénique importante une fièvre saisonnière*; par A. Mairet, agrégé (n° 6, t. V).

L'auteur cherche à mettre en relief l'influence pathogénique possible d'une cause nouvelle d'aliénation mentale : la fièvre saisonnière, et il étudie les rapports entre les lésions de l'oreille et la folie.

ANNÉE 1886.

4° *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'acétophénone (hypnone)*; par MM. A. Mairet, agrégé, et Combemale, interne (n° 2).

Les auteurs font l'historique de ce médicament et le font suivre de leurs recherches personnelles au moyen d'expérimentations sur les animaux.

5° *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique de l'uréthane*; par MM. Mairet, agrégé, et Combemale, interne (t. VI, n° 5, 6).

Après l'historique de ce médicament, les auteurs font part de leurs recherches personnelles : l'uréthane à dose de 2 à 5 grammes produit un sommeil régulier, calme et cédant facilement aux excitations extérieures pour reprendre après leur cessation; il dure de cinq à huit heures.

Dans l'aliénation mentale, voici les conclusions du travail des auteurs sur son emploi :

1° « Lorsque la cellule nerveuse est atteinte par un travail

« organique (démence par athéromasie, démence paralytique),
 « l'action somnifère de l'uréthane est peu précise ou même
 « nulle ;

2° « Lorsque le travail cérébral qui tient sous sa dépendance
 « l'aliénation mentale est fonctionnel, l'uréthane peut procurer
 « le sommeil, peu importe la modalité revêtue par la maladie,
 « (manie, lypémanie, folie des persécutions, démences consé-
 « cutives à la manie ou à la lypémanie) ; tout dépend de l'in-
 « tensité de l'agitation. Lorsque l'agitation est trop considé-
 « rable, il ne produit aucune action somnifère, le médicament
 « semble même quelquefois augmenter l'agitation ; lorsque
 « l'agitation est moins intense, on obtient le sommeil ».

6° *Note sur l'action physiologique du chloraluréthane* ; par
 MM. Mairé et Combemale (n° 2, t. VII).

Les effets de ce médicament sont analogues à ceux de l'uréthane ; mais comme son action toxique est plus considérable, les auteurs de la note ne pensent pas qu'on doive reporter le chloraluréthane dans la thérapeutique, en temps qu'agent hypnotique.

7° *Rapport sur l'état mental de l'inculpé T...* ; par Alph. Jaumes
 (t. VII, n° 6).

M. Jaumes, professeur de médecine légale, appelé par la justice à donner son avis sur le cas d'un chef de gare accusé de détournements de fonds, fait un rapport très étudié de l'état mental de l'accusé. — C'est un cas d'alcoolisme chronique ; le médecin légiste reconnaît qu'à l'époque où le sieur T... a commis les détournements des sommes qui lui sont imputées, il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés : il était sinon ivre, du moins enclin à l'ivresse ; mais le Dr Jaumes en conclut à la responsabilité morale de l'homme, parce qu'il n'est pas dipsomane, mais qu'il a volontairement et librement contracté les habitudes d'intempérance dont les excès de boissons contemporains de l'acte ont été le produit.

Le sieur T... a été acquitté.

Marseille médical.

ANNÉE 1886.

1° *Un cas d'épilepsie à forme spéciale guéri par le chloroforme* ;
 par M. L. Aubin, interne de l'asile d'aliénés (n° 9).

Dans ce cas d'épilepsie, peut-être mal dénommé, le bromure

de potassium étant resté sans effet, le chloroforme à la dose de 4 grammes par jour a amené la guérison.

L'auteur cite encore le cas d'un maniaque épileptique très agité, ne dormant pas, que cette même dose de chloroforme continuée quelques jours, a beaucoup amélioré.

2° *Sur un cas de névrome du sciatique poplité externe guéri par l'ablation de la tumeur*; par le D^r G. Roux (n° 10).

Il s'agit d'un névrome profond de la grosseur d'un œuf de pigeon (28 grammes), ovale, dont l'ablation a été suivie de la disparition de tous les phénomènes dus à sa présence; au bout de quelques mois tout était revenu à l'état normal et la sensibilité avait reparu.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux.

ANNÉE 1886.

1° *Sur un cas de coxalgie hystérique*; clinique du professeur Lanelongue; par le D^r Piéchaud (n° 6).

Ce sont surtout des considérations thérapeutiques.

2° *De l'emploi continu de l'eau par une calotte tubuleuse dans certaines maladies de l'encéphale*; par le D^r Bitot, professeur honoraire de la Faculté de médecine (n° 7).

Ce moyen de traitement, déjà mis en usage avec des appareils analogues du constructeur Galente, consiste en un tube de caoutchouc enroulé de façon à constituer une calotte et à faire siphon; il ne paraît pas donner tous les résultats que l'auteur attend de son emploi.

3° *Sur un cas de méningite tuberculeuse de la convexité avec suspension presque complète des fonctions cérébrales* (n° 89).

Dans ce cas, l'autopsie du malade est venue confirmer les relations qui existent entre les lésions des zones motrices de la couche corticale et les troubles symptomatiques observés dans le cours de la maladie (contractures, convulsions, paralysies). Une forte congestion méningée et un amas de granulations tuberculeuses abondantes au niveau de la troisième frontale gauche expliquent aussi l'aphasie du malade.

C'est un fait de plus à ajouter à l'étude des zones motrices de la couche corticale du cerveau.

D^r E. RÉGIS.

JOURNAUX ALLEMANDS

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

Année 1884.

1° Sur la compréhension physiologique de la conscience; par le Dr Langwieser, à Klosterneubourg.

Ni le mysticisme, avec ses incursions dans le domaine du surnaturel, ni le matérialisme, avec ses vibrations moléculaires, ne peuvent avoir la prétention de nous donner une définition scientifique de la conscience. De cette fin de non-recevoir opposée à ces deux écoles résulte, suivant l'auteur, la nécessité de rechercher à la conscience une interprétation mécanique. Le phénomène de la conscience établit une ligne de démarcation entre notre corps sentant et le monde extérieur, entre tout ce qui appartient à notre vie propre, à notre moi, et ce qui nous est étranger. La conception de la conscience consiste en ceci, c'est que nous voyons comment nous arrivons à distinguer l'objectif du subjectif, à comprendre et à désigner autrement les actes qui émanent de nous et ceux qui arrivent du dehors. Ainsi, les images d'objets extérieurs peuvent se mouvoir sur notre rétine et nous paraître en mouvement, alors que l'œil seul ou le corps se meut. Lorsque vient à cesser la contention d'esprit nécessaire à l'interprétation juste du phénomène, au redressement de l'illusion, il se produit en nous ce qu'on appelle la sensation du vertige. Le vertige ne se produit que lorsque a existé pour nous un doute sur le véritable siège du mouvement; il n'est autre chose que le trouble fonctionnel de l'organe dont le rôle consiste à distinguer notre propre mouvement de celui des objets extérieurs. Cet organe est le même que celui qui est appelé à distinguer le moi du non-moi; c'est l'organe de la personnalité, de la conscience.

Si les physiologistes n'ont point encore découvert cet organe dans l'encéphale des animaux vivants, c'est qu'ils ne l'ont point cherché. Ils ont constaté pourtant l'existence d'un organe de l'équilibre et de la coordination du mouvement, et l'ont trouvé dans le cervelet. La condition de l'équilibre est la distinction, par cet organe, du mouvement propre du corps d'avec celui des objets extérieurs. L'ivrogne qui a perdu l'équilibre croit pertinemment que ce sont les objets extérieurs qui tournent. Nous trouvons de ces illusions dans les phénomènes d'activité

de la pensée : la pensée, produit du moi, peut être conçue comme étrangère au moi, comme produit extérieur. C'est l'hallucination. Elle résulte du trouble de la fonction de différenciation du mouvement actif, personnel, d'avec le mouvement passif, étranger. Cette fonction a pour organe le cervelet. Tandis que le cerveau se borne à enregistrer la nature des objets extérieurs, à les comparer, à les classer, le cervelet ne les conçoit que comme causes de douleur ou de plaisir. Qu'un état d'irritation du cerveau ait le caractère d'une exigence légitime, impérieuse du moi ; partant, qu'il soit une source de plaisir, le cervelet intervient pour l'entretenir et l'exciter. Il l'entrave, au contraire, et cherche à l'éloigner, lorsque cette irritation doit être préjudiciable au moi et devenir une cause de douleur. — Pour se produire, la conscience exige l'intervention simultanée de l'action du cerveau et du cervelet : du cerveau, en tant qu'appareil de représentation qui sollicite le consensus du cervelet ; du cervelet, en tant qu'appareil de régularisation qui imprime aux processus cérébraux le cachet de l'activité personnelle et les amène à l'expression verbale. — Telle est la thèse développée par l'auteur.

2° *Sur les obsessions d'idées* ; par le Dr Høsternmann,
à Marienberg.

Sur le point de s'endormir, un monsieur névropathique éprouvait une sensation assez désagréable, mais qui cédait dès qu'il se mettait sur son séant ; il lui semblait que son corps, son lit, ses couvertures, se rapetissaient, tandis que sa tête grossissait démesurément. Notons bien que, de ce que cette sensation obsédante cédait au retour à l'état complet de veille, l'auteur se croit en droit de la rapporter à la fatigue, à l'engourdissement progressif de l'activité cérébrale, et il adapte cette explication aux obsessions d'idées. — Pendant qu'il priait, un homme se sentait dominé par l'idée de briser le crucifix, par des idées obscènes, blasphématoires. Il pensait : « Tu ne crois pourtant à rien, tout est absurdité, tue-toi ». Un jour, las de lutter, il avala des allumettes et pensa en mourir. Pourtant il avait remarqué que des boissons alcooliques le soulageaient, l'affranchissaient de ses obsessions ; il se mit dès lors à boire de l'eau-de-vie, si bel et si bien qu'il en devint maniaque, mais guérit par le bromure et le fer. On saisira parfaitement, en se reportant à la première observation, la relation qui existe entre l'usage d'une boisson excitante et la palliation des idées obsé-

dantes. Les autres observations relatées par M. Hæstermann nous en convaincront peut-être au besoin. Admettons avec Meynert, que la genèse du processus hystérique (diminution de l'activité hémisphérique et affaiblissement de la force modératrice) est également celle des idées obsédantes et des hallucinations. M. Hæstermann fait remarquer que l'association des idées n'a rien à voir à la genèse des véritables idées obsédantes qui surviennent d'emblée, comme les hallucinations. Cela résulte du moins de la définition que donne Krafft-Ebing des idées obsédantes, dont le domaine dès lors se rétrécit considérablement. — Suivent deux observations où la prétendue idée obsédante se relie, par l'analyse, au souvenir, à l'association des idées, à l'habitude, et n'est plus qu'une simple idée dominante coercitive.

3° *Contribution à l'étude de la démence paralytique*; par le Dr Eickholt, à Grafenberg.

Wille, pour qui toute affection mentale est plus ou moins teintée de paralysie, en raison des causes spéciales si nombreuses qui, dans les temps modernes, épuisent le système nerveux de l'homme, concède à l'hérédité une place très considérable dans le cadre étiologique de la paralysie générale. Mendel, plus positif, n'a noté cette influence que dans 34, 8 p. 100 des cas; Jung, dans 10, 7 p. 100; Ulrich, dans 27, 1 p. 100. — M. Eickholt trouve que, dans la genèse de la paralysie générale, et des autres formes phrénopathiques, cette influence se traduit par le rapport de 24 : 30; que, dans la transmission héréditaire, et pour la paralysie générale seule, l'influence paternelle est plus grande dans le rapport de 22 : 13; que l'alcoolisme des parents a été l'élément étiologique dominant dans 27, 2 p. 100 des cas héréditaires de paralysie générale, dans 70 p. 100 des cas héréditaires de folie alcoolique; qu'il y a donc plus de chances, pour un individu descendant de parents alcooliques, à devenir fou alcoolique que fou paralytique; que la valeur de l'influence héréditaire baisse encore pour la paralysie générale, lorsqu'on fait entrer en ligne de compte d'autres causes actives concomitantes, réputées déterminantes dans les cas non héréditaires.

Il a noté l'alcoolisme dans 24, 2 p. 100 des cas, la syphilis dans 12 p. 100. En ce qui concerne cette dernière affection, la paralysie a suivi de cinq ans l'infection dans quatre cas, de dix à quinze ans dans six cas, de seize à vingt ans dans onze cas.

Le traitement spécifique le plus énergique n'a donné aucun résultat. Une fois seulement, dans onze cas qui ont abouti à l'autopsie, il a noté des lésions syphilitiques du cerveau, avec lésions spécifiques d'autres organes. D'ailleurs, comme M. Magnan, M. Eickholt est porté à ne considérer la syphilis que comme cause prédisposante de la paralysie, au même titre que les excès vénériens, l'épuisement, etc.

Il est rare qu'on puisse considérer une phrénopathie préexistante comme cause de la paralysie, et M. Eickholt adopte ici la doctrine de M. Voisin.

Chez la femme, deux éléments étiologiques méritent l'attention : la ménopause et la grossesse. Si l'on ne peut nier que la ménopause ne soit une cause fréquente de folie, il faut remarquer que les troubles trophiques qu'amène la paralysie générale sont bien faits pour déterminer une ménopause précoce. Quant à la grossesse, peu d'auteurs lui attribuent un rôle dans la genèse de la paralysie.

Dans une seconde partie de son travail, l'auteur recherche quelles sont les conditions pathogéniques de la production des attaques convulsives dans la paralysie générale. Sans doute, ces conditions peuvent ou doivent être identiques à celles de l'épilepsie proprement dite, et il serait naturel d'invoquer ici l'irritation du centre convulsif du pont de Varole, si, dans ces dernières années, Jackson, Gowers, Tamburini et Luciani, se basant sur les travaux de Hitzig, Fritsch et autres, n'avaient édifié une nouvelle théorie des attaques épileptiques. D'après cette théorie, l'élément pathogénique essentiel du processus épileptique serait une irritation des organes centraux de la substance grise, l'irritation de la moelle allongée ne devenant qu'un élément accessoire, contingent. Gowers, Munk, Unterricht, ont cherché à étayer cette théorie de l'expérimentation. C'est donc dans l'irritation de la substance grise qu'il faut placer la cause première des attaques épileptiformes de la paralysie générale ; des circonvolutions frontales, siège de prédilection des lésions de la paralysie, l'irritation s'étend aisément aux centres moteurs. Il s'agirait ici d'un spasme initial vaso-moteur (Mendel), ou d'une paralysie vaso-motrice (Krafft-Ebing).—Malgré notre bonne volonté et l'intérêt de la matière, nous ne pouvons suivre l'auteur dans les développements qu'il donne à cette manière de voir, sans dépasser les limites assignées à une analyse.

En ce qui concerne les attaques apoplectiformes, il faut en rechercher la cause dans des oscillations de pression auxquelles

le cerveau des paralytiques est particulièrement exposé. Tantôt, dans la majorité des cas, le liquide cérébro-spinal est augmenté; tantôt, les nombreuses adhérences des méninges ne permettent pas un écoulement régulier des liquides.

4. *Quelques mots sur les asiles d'aliénés*; par le D^r Hassé, à Kœnigslutter.

Aperçus descriptifs ou critiques sur Kœnigslutter et ses quatre nouveaux pavillons pour soixante-quatorze malades, Morning-Side royal Edinburg et Broadmor criminal lunatic asylum.

M. Hassé revient quelque peu enthousiasmé de sa visite aux asiles d'Angleterre. Ce qui l'a surtout frappé, c'est que, dans les salles même encombrées de malades, l'air est toujours pur, sans odeur désagréable. Ce résultat serait dû, selon lui, à la supériorité de l'organisation des elosets, bains et lavoirs; à l'habitude qu'a l'Anglais de se laver le corps ou de se baigner une fois par semaine; à la distribution et séparation des habitations de jour et de nuit, circonstance qui permet une large ventilation dès que ces locaux sont vides de leurs habitants (il paraît qu'il n'en est pas ainsi en Allemagne, excepté dans les grands asiles récents); enfin, au climat de l'Angleterre qui permet la ventilation de jour et de nuit, même en présence des malades.

Ce qui l'a encore frappé, c'est que, dans les asiles d'Angleterre, tout est plus calme, tout se passe avec moins de bruit que dans les asiles d'Allemagne. Cela provient, selon M. Hassé, du caractère plus froid, plus réfléchi du peuple anglais, l'Allemand étant plus affectueux, plus expansif; de l'action sédative qu'exercent les grandes salles bien aérées; les chambres, les corridors ont des tapis, des cheminées, des tableaux, et les aliénés les plus bruyants, en général, les aliénés criminels, sont séquestrés dans des asiles spéciaux. Il faut ajouter que le personnel de surveillance est mieux organisé et que chaque asile comprend un grand nombre de cabinets particuliers.

M. Hassé termine en énumérant les précautions dont s'entourent les Anglais avant de séquestrer quelqu'un. Ces précautions sont excessives et résultent d'un sentiment morbide, en ce qui concerne le respect de la liberté de l'homme. Très souvent, l'aliéné ne peut franchir le seuil de l'asile qu'après être devenu incurable. En Angleterre, les aliénés curables sont moins nombreux qu'en Allemagne. D^r HILDENBRAND.

**Zeitschrift für die Behandlung Schwachsinniger
und Epileptischer.**

ANNÉE 1886.

Idiotisme et état sauvage; par le D^r Krauss (n° de janvier 1886).

Linné, dans son *Systema naturæ*, classe neuf individus sous la rubrique : *homo sapiens ferus*; le professeur Rauber, de Leipzig, ajoute à ce chiffre sept autres individus, qu'il qualifie de *homo sapiens ferus*. Étudiant les documents relatifs à ces seize individus, le D^r Krauss a cherché à établir s'ils devaient être rangés dans la catégorie des idiots, ou considérés comme des individus normaux. De ces seize individus, les plus anciens sont deux jeunes Hessois (*juv. lupini hassici*) qui auraient vécu en 1341; le dernier observé, au contraire, serait un jeune Aveyronnais qui aurait vécu vers l'an 1800.

L'auteur estime que sur trois de ces sujets, on a tout juste assez de renseignements pour pouvoir affirmer qu'ils étaient idiots. Quant aux treize autres, il estime qu'on ne saurait les considérer comme des idiots, mais plutôt comme des individus intellectuellement constitués d'une façon normale. Leur grande faculté d'adaptation au milieu sauvage, et l'aptitude à l'éducation qu'ils ont montrée après avoir été rendus au milieu civilisé, sont les principaux arguments sur lesquels l'auteur appuie son affirmation.

Les idiots en Norvège. — L'établissement de Lindern à Christiania (n° de février 1886).

En Norvège, la loi du 8 juin 1881 veut que tous les enfants (anormaux), tels que les aveugles, les sourds-muets, les faibles d'esprit, reçoivent de l'instruction. En ce qui concerne les enfants arriérés, faibles d'esprit ou idiots, la loi a reçu satisfaction, en partie, par la création d'établissements spéciaux; ceux-ci sont au nombre de trois, leur création est due à l'initiative privée; mais ils sont subventionnés par l'État. L'établissement de Lindern, à Christiania, a cent dix pensionnaires du sexe masculin. Il a été fondé, et est dirigé par Hansen. Lippestadt dirige un établissement de la même importance, pour les filles, et enfin, à Bergen, il y a un troisième établissement avec cinquante pensionnaires. La limite d'âge pour l'admission est de sept à vingt et un ans. On apprend à ces pensionnaires à se livrer à des travaux variés, leur permettant plus tard de sortir de l'établissement.

Les enfants non susceptibles d'éducation ne sont pas admis.

Le dernier dénombrement accense pour la Norvège 1640 enfants idiots, âgés de sept à vingt et un ans; un tiers seulement seraient susceptibles d'éducation, soit 550. Actuellement, 370 seulement sont placés dans les établissements ou en fréquentent les exercices : de nouvelles institutions devront être créées pour donner satisfaction à la loi. En ce qui concerne les idiots non susceptibles d'éducation, rien n'a encore été fait pour eux. Dans les établissements existants, le prix de journée, non compris les vêtements, est de 2 fr. à peu près au-dessous de quatorze ans, et de 20 centimes en plus à partir de la quatorzième année.

L'assistance des épileptiques et des idiots dans le Grand-duché de Bade; par le D^r Kirn (n° d'avril 1886).

Avant 1879, les idiots, quand ils présentaient de l'agitation, étaient reçus à l'asile d'aliénés de Pforzheim, ou dans les hospices régionaux qui ont été construits au nombre de huit, dans les dix dernières années; mais on n'avait rien fait encore pour l'éducation de cette catégorie de malades. C'est à l'initiative et à la charité privées que revient l'honneur d'avoir comblé cette lacune, par la création de deux établissements, l'un à Herthen, dans la partie méridionale du duché, l'autre à Mosbach, dans la partie septentrionale. Le premier a une direction catholique, le second appartient aux protestants; mais le caractère confessionnel se borne là, les deux établissements recevant des pensionnaires sans distinction de culte. Celui de Herthen a eu, en 1886, cent soixante-dix-huit pensionnaires, parmi lesquels vingt-cinq épileptiques. Tous ceux qui sont susceptibles d'apprendre, reçoivent une instruction appropriée à leurs aptitudes.

L'établissement de Mosbach a 56 pensionnaires en 1885; mais il est en voie d'agrandissement, et aura bientôt aussi son quartier spécial pour les épileptiques.

Le prix de la pension annuelle est, à Herthen, de 250 francs pour les enfants et de 375 fr. pour les adultes; à Mosbach, il varie entre 250 et 500 fr.

Quant aux épileptiques, outre les places qu'ils ont dans les deux établissements dont il vient d'être question, ils ont cinquante lits à l'asile de Pforzheim; deux pavillons séparés, avec cinquante lits pour chaque sexe, leur sont réservés dans l'asile d'aliénés en construction à Emmendingen, et les huit hospices

régionaux les reçoivent également. Aussi l'auteur estime-t-il que la question de l'assistance des épileptiques a fait, dans le pays de Bade, de grands progrès.

Etablissement pour les épileptiques sur le Râti, près de Zurich
(n° de juin 1886).

Cet établissement, qui est le premier de son genre en Suisse, est situé à 3 kilomètres de Zurich. Il est composé d'un bâtiment central flanqué de deux ailes. Comme distribution des locaux, un sous-sol renferme le réfectoire dans le bâtiment central, la cuisine, ses dépendances et les bureaux dans les ailes latérales. Au rez-de-chaussée se trouvent les salles de classe au centre, les dortoirs et les salles de jour dans les deux ailes. Les salles de jour occupent les angles. Entre les dortoirs et le bâtiment central se trouvent les chambres d'isolement, qui, de l'avis de l'auteur, pourraient être mieux placées. Le premier étage comprend, au centre, le logement du directeur, sur les côtés, des chambres de pensionnaires, d'employés et des locaux divers. Le service de bains est très bien installé, le tout est chauffé par un appareil placé dans le sous-sol.

En somme, l'établissement offre, d'après l'auteur, les meilleures garanties au point de vue du confortable, de l'hygiène et aussi du service médical.

Disparition du crétinisme, causes de ce phénomène ; par le
D^r Krauss (n° de décembre 1886).

Une étude portant sur des faits observés pendant quarante ans à Tübingen et dans les localités environnantes, a démontré à l'auteur que le crétinisme est en voie de disparaître. Il a cherché à établir les causes de ce phénomène, ce qui revenait à établir, tout d'abord, les causes du crétinisme.

A ce sujet, l'auteur fait un exposé plein d'aperçus intéressants sur les différents facteurs susceptibles de favoriser la production du crétinisme, et qui, d'après lui, ont un point de départ commun : le paupérisme.

L'auteur fait observer cependant qu'il ne faudrait pas attribuer à l'augmentation du bien-être matériel seule, la diminution du nombre des crétins.

Un autre agent intervient ici d'une manière très efficace : c'est l'extension des relations sociales et l'augmentation de l'activité cérébrale qui en est la conséquence forcée. Les limites d'un compte rendu ne comportent pas l'exposé de tous les argu-

ments sur lesquels l'auteur appuie sa thèse, et nous devons nous contenter de donner ici les conclusions de ce travail. L'auteur les formule en ces termes :

1° La cause première du crétinisme reste encore aujourd'hui très obscure ;

2° La cause déterminante est avant tout le paupérisme ;

3° Le paupérisme favorise la production du crétinisme de deux manières :

(a) Par l'insuffisance de la nutrition de l'organisme en général.

(b) Par l'état de dépression et d'inertie intellectuelle qu'il produit.

4° Les causes de la tendance du crétinisme à disparaître sont par conséquent les suivantes :

(a) L'amélioration de l'alimentation résultant de la naissance d'un bien-être relatif. L'ère de prospérité cause de ce bien-être a commencé vers le deuxième tiers de ce siècle.

(b) Le mouvement politique qui, en faisant pénétrer la civilisation dans les *couches* inférieures de la société, les a poussées à une vie intellectuelle plus active, et a contribué ainsi à la régénération de l'organe de la pensée. Cette révolution intellectuelle date du milieu du siècle.

D^r AL. ADAM.

BIBLIOGRAPHIE

Le corps et l'esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique; par D^r Hack Tuke, ancien Président de la Société médico-psychologique de Londres, etc. Traduit de l'anglais par Victor Parant, directeur médecin de la maison de santé de Toulouse, etc., précédé d'une Introduction par A. Foville, 1 vol. in-8 de 400 pages. Paris, J.-B. Baillière et fils, 1886.

Il n'est pas besoin de présenter aux lecteurs des *Annales* l'auteur de cet ouvrage; ils savent tous que c'est un des aliénistes qui honorent le plus notre profession, un de nos confrères les plus savants et les plus justement estimés. Héritier du grand nom de Tuke, voué à l'étude des maladies mentales, le D^r Hack Tuke a, depuis une trentaine d'années, publié de nombreux travaux, dont le meilleur éloge à faire est qu'ils sont devenus aussitôt classiques en Angleterre.

Le livre traduit par M. le D^r Parant en est à sa 2^e édition. La 1^{re} a paru en 1872, et a été analysée ici même par Brierre de Boismont (*Ann.*, 1874. t. XII, 1, p. 5). C'est l'attachante question des rapports du physique et du moral que le D^r Tuke s'est efforcé d'éclairer au moyen de documents recueillis dans des conditions de rigueur scientifique inattaquable.

Que le physique agisse puissamment sur le moral, et réciproquement que le moral exerce une influence considérable sur le physique, qui en doute? Je dirai même, qui ne l'a éprouvé par soi-même? Mais où commence cette influence, où s'arrête-t-elle? Là est la grande difficulté du problème, et si, comme le dit le D^r Tuke; « l'incrédulité systématique dénote l'ignorance et non le savoir, » il n'est pas moins certain que la crédulité sans contrôle ne peut servir qu'à décousider la science.

Si grande qu'on suppose la puissance de l'imagination, il va sans dire qu'elle est strictement limitée par les lois immuables de la physiologie. Elle ne fera pas disparaître une caverne creusée dans le poumon, elle n'enlèvera pas sa malignité à une

tumeur cancéreuse, elle n'arrêtera pas l'hémorrhagie produite par la section d'une artère, elle ne fera pas repousser une jambe amputée. Quand, il y a quelques années, le zouave Jacob commença son métier de guérisseur, il eut des succès, personne ne le niera, mais seulement dans le champ des affections nerveuses. Quand il voulut guérir un maréchal de France de son hémiplegie, il échoua piteusement, parce que cette hémiplegie était due à une hémorrhagie cérébrale, et que l'imagination est impuissante à faire résorber le caillot sanguin épanché hors d'un vaisseau rompu.

Lorsque l'on parle de la puissance non contestable du moral sur le physique, il faut toujours se rappeler que le moral ne peut agir que par l'intermédiaire du système nerveux cérébral. Malade ou bien portant, tout individu reste sous la dépendance de cette vie nerveuse qui retentit sur la nutrition de chaque appareil organique. C'est ainsi que nous voyons journellement des malades affectés de lésions organiques absolument incurables, présenter des améliorations inespérées et durables sous l'influence seule d'une excitation nerveuse prolongée. Cabanis l'avait bien dit, et rien n'a été ajouté aux lois qu'il a formulées : « L'influence du moral sur le physique désigne l'influence du système cérébral, comme organe de la pensée et de la volonté, sur les autres organes, dont son action sympathique est capable d'exciter, de suspendre et même de dénaturer toutes les fonctions. » (Cabanis, *Œuvres*, édit. Firmin-Didot, 1825, t. IV, p. 426.)

Aujourd'hui, à l'heure où le monde médical étudie si passionnément les questions qui se rattachent à l'hypnotisme, à la suggestion, etc., nous devons plus que jamais nous appliquer à cette étude de « l'influence du moral et de l'imagination sur le physique ». Mais aussi, sur ce chemin semé d'écueils, nous ne devons avancer qu'avec prudence et précaution; nous devons nous rappeler avec quel enthousiasme ont été accueillies, — pour ne pas remonter plus haut dans l'histoire, — les découvertes de Mesmer, de Puységur, et autres : ont-elles laissé derrière elles plus de déceptions et de désenchantements que nous n'en verrons de nos jours ? L'amour du merveilleux hante ceux même qui se croient animés de la raison la plus froide, et l'on dirait vraiment que les médecins qui se passionnent pour ces questions, sont naturellement exposés à perdre leur sang-froid, à oublier vite les règles de l'observation scientifique, à se laisser abuser par des apparences grossières.

Le D^r Haek Tuke n'a rien négligé pour se garer de l'erreur : il n'a admis que les faits qui lui ont paru scientifiquement établis, et il a pu ainsi examiner successivement l'influence de l'intelligence, des émotions, de la volonté, sur les sensations, sur les muscles volontaires et sur ceux de la vie organique. Il a rassemblé une richesse et une variété de documents qui font de son livre la lecture la plus attachante et la plus instructive. Est-ce à dire cependant que parmi tous les faits qu'il a publiés, il n'y en ait pas qui soient passibles d'une critique un peu plus sévère? Je ne voudrais pas me prononcer à cet égard : chacun jugera suivant la dose de scepticisme dont la nature l'a doué.

Mais, quelle que soit l'opinion que l'on se fasse, l'on ne pourra s'empêcher de rendre hommage à l'esprit véritablement scientifique qui a guidé le D^r Haek Tuke; l'on dira avec lui que « l'influence de l'esprit sur le corps n'est point une force éphémère. Dans l'état de santé, elle peut exalter les fonctions sensorielles ou les suspendre tout à fait; elle excite le système nerveux, de manière à causer les diverses formes de convulsions des muscles volontaires, ou le déprime assez pour le réduire à l'impuissance; elle stimule ou paralyse les muscles de la vie organique, et les fonctions de nutrition et de sécrétion; elle cause même la mort. Dans l'état de maladie, elle rétablit les fonctions qu'elle supprime dans l'état de santé; elle rend l'activité aux nerfs sensoriels et moteurs; elle ramène à l'état normal les fonctions de l'appareil vasculaire et du système nerveux; elle aide la « *vis medicatrix naturæ* » à rejeter ou à transformer les divers éléments morbides (p. 377). »

Ces lignes résument la doctrine de l'auteur, et surtout la partie vraiment originale de cette doctrine. Étant donnée en effet l'influence que l'esprit exerce sur le corps, non seulement dans l'état de santé, mais même dans celui de maladie, le D^r Haek Tuke se demande s'il ne serait pas possible, pratiquement, d'appliquer cette influence dans un but thérapeutique. Et il penche incontestablement vers l'affirmative. Ne sait-on pas l'effet considérable que le médecin peut produire sur le malade, rien qu'en relevant son courage, rien qu'en faisant renaitre son espérance? L'auteur est ainsi amené à étudier l'action du Braidisme et du Mesmérisme, et il semble admettre, avec la plupart des médecins, que ce ne sont que des exemples d'influence purement psychophysique.

Le livre de M. Haek Tuke a été traduit, comme je le disais en commençant, par notre savant confrère le D^r Parant. Ne parlant pas l'anglais, je ne saurais établir de parallèle entre l'original et la traduction. L'auteur a pu dire que « la traduction lui donne une satisfaction complète; qu'elle est fidèle » sans être servilement littérale; que chaque page prouve que « M. le D^r Parant a mis tout son cœur à l'accomplissement » de sa tâche, et qu'il s'est complètement pénétré de la pensée « exacte de l'auteur ». Aussi bien, en lisant le livre, j'oubliais qu'il s'agit d'une traduction, tant le style est alerte et précis, tant la langue est pure et élégante.

Foville, de si regrettée mémoire, a fait précéder la traduction d'une introduction dans laquelle il a magistralement exposé le plan de l'ouvrage: le livre de notre confrère anglais se présente donc au lecteur français sous les plus favorables auspices, et chacun voudra le posséder dans sa bibliothèque.

J. CHRISTIAN.

Mind-cure on a material basis (De la cure de l'esprit sur une base matérielle); par M^{me} Sarah-Élisabeth Titcomb. Vol. in-8°, Cupples, Uphaus et C^{ie}. Boston 1885.

Certes, sans nier l'influence de l'esprit sur le corps et son rôle considérable dans certaines guérisons, il est permis de s'étonner des assertions hardies de M^{me} Titcomb et du but de son dernier ouvrage. Qu'un malade, en concentrant avec force sa pensée sur l'idée de sa guérison ou de la non-existence de sa maladie, arrive, par l'action du moral sur le physique, à en retirer des bénéfices, le fait n'est pas à nier; mais telle n'est pas la méthode thérapeutique que l'auteur se propose d'expliquer par la science. Le *Mind-curer*, en effet, est un thérapeute qui opère à l'insu même du malade; sans que celui-ci s'en doute, il concentre son esprit sur la pensée que son client, dont il prononce mentalement les nom et prénoms, jouit d'une excellente santé; il lui envoie à distance cette pensée qui doit opérer la guérison, tout en restant inconsciente pour celui qui en tire profit. Et ce traitement ne s'appliquerait pas aux seules maladies nerveuses, mais à toutes les maladies, peut-on dire! M^{me} Titcomb rapporte avec conviction les cures opérées ainsi par elle-même, entre autres un cas de mal de Bright à une

période avancée : toutefois elle se sépare de ses collègues par son matérialisme scientifique et tandis que ceux-ci, s'intitulant *Christian scientists* ou encore *Metaphysicians*, ont recours à la théologie, elle, elle prétend donner une explication naturelle des résultats obtenus. N'y a-t-il pas là vraiment de quoi piquer la curiosité ? L'idée, pour l'écrivain de Boston, se transmet naturellement d'un cerveau à un autre par un procédé encore indéterminé, il est vrai ; cette transmission est possible à de grandes distances et à l'insu du sujet ; bien plus, l'idée ainsi introduite subrepticement dans un cerveau a le pouvoir, tout en restant inconsciente et partant inconnue du sujet, de s'élaborer et de devenir prépondérante au point de déterminer la guérison par le procédé de la concentration de la pensée. Pour prouver scientifiquement, ainsi qu'elle en a la prétention, ces assertions plus que surprenantes de la part d'un esprit qui se pique de sérieux, M^{me} Titeomb, qui me semble fortement nourrie de la lecture des livres de théologie, a recours à la méthode d'autorité, en grande faveur, je le reconnais, dans les séminaires, mais discréditée dans les écoles ; ses preuves sont les opinions professées par tel ou tel. Ce premier chapitre de l'ouvrage est trop étonnant et trop curieux pour n'être pas intéressant, malheureusement il répond seul au titre du livre et la suite ne donne pas ce que promettait un si joyeux début. L'auteur se demande comment la pensée ainsi transmise et élaborée agit-elle sur le corps pour amener la guérison. La réponse n'est pas gênante pour les *Mind-curers*, partisans de la doctrine de Berkeley ; mais M^{me} Titeomb, ainsi que nous l'avons dit, se sépare de ses collègues en thérapeutique sur le terrain philosophique, aussi remplit-elle tout le second chapitre de son ouvrage d'une réfutation en règle des idées du célèbre évêque. Pour elle, l'action du moral sur le physique résulte de ce que l'esprit est un attribut de tout le corps, une manifestation de la matière. Elle est ainsi amenée à donner sur la matière, l'esprit des bêtes et l'immortalité de l'âme, de longs développements qui font l'objet de trois autres chapitres, bien qu'ils n'aient qu'un rapport indirect avec le sujet principal. La méthode de démonstration est toujours la même, aussi le livre n'est-il guère qu'un recueil de citations d'autant plus fatigantes à lire qu'elles ne sont pas toujours bien choisies ; la plupart, en effet, donnent non des faits mais des opinions. L'originalité se retrouve toutefois au sixième et dernier chapitre dans lequel M^{me} Titcomb combat l'immorta-

lité de l'âme à l'aide de la Bible. L'idée ne manque ni d'imprévu ni de piquant.

Telle est cette œuvre bizarre, écrite par une femme qui possède sans conteste une très grande érudition scientifique, malheureusement mise au service d'une cause que peu de savants prendront au sérieux. Dans l'état actuel de la science, les guérisons rapportées par M^{me} Titecomb ne peuvent encore avoir droit de cité. Avant de chercher à les expliquer, il faudrait tout d'abord démontrer leur réalité. L'auteur d'ailleurs a conscience du peu de confiance qu'inspirera sa thérapeutique et, en attendant des temps meilleurs, elle donne dans un appendice, un traitement pharmaceutique de la mélancolie par la poudre de gaïac. C'est là, je le crains, la seule page pratique du livre.

D^r E. MARANDON DE MONTYEL.

Les fonctions du cerveau. Doctrines de F. Goltz. Leçons professées à l'École pratique des hautes Études (1886); par M. Jules Soury. Broch. in-8°. Paris, 1886. J.-B. Baillière, édit.

M. Soury est un psychologue de l'École moderne, dont les doctrines sont bien connues dans le monde médical où elles comptent de très nombreux partisans. Pour lui, la psychologie n'est qu'une branche, ou plutôt, n'est qu'un chapitre de la physiologie ordinaire. On doit donc appliquer à son étude les mêmes procédés que ceux qui servent de guide dans la recherche des phénomènes de la vie : l'observation sur les animaux, sur l'homme malade, sur l'homme sain et les vivisections. Ce n'est qu'en synthétisant les connaissances acquises en physiologie nerveuse qu'on peut arriver à établir une psychologie véritablement scientifique. Les philosophes qui procèdent de la sorte prétendent, avec juste raison, qu'il font de la *psychologie expérimentale*.

On comprend le grand intérêt qu'offre, au point de vue de la psychologie expérimentale, la question des localisations cérébrales, motrices et autres. M. Soury, partisan convaincu des idées localisatrices, se propose de faire l'examen critique des différentes doctrines de physiologie cérébrale qui règnent actuellement dans la science, et il commence par la critique des doctrines de F. Goltz, le professeur de Strasbourg.

M. Goltz, physiologiste éminent, n'admet pas, on le sait,

les localisations cérébrales. Il croit à l'homogénéité fonctionnelle du cerveau. M. Soury rend pleine justice à cet adversaire décidé des idées actuelles sur les localisations cérébrales. Il reconnaît la grande valeur des résultats auxquels Goltz est arrivé évidemment au cours de ses patientes recherches (1); mais il conteste absolument les conclusions que ce savant eût devoir déduire de ses vivisections. « Très hostile en fait, dit-il, à toute localisation cérébrale, sans en nier en principe la possibilité, Goltz a été l'adversaire le plus redoutable, le mieux armé aussi, de la doctrine contraire..... Goltz a été le chef d'une école, peut-être a-t-il encore des disciples et lui seul vaut une armée..... Mais, non seulement les faits et les doctrines de Goltz n'ont point prévalu; ils ont fourni contre Goltz lui-même des preuves et des arguments décisifs en faveur de la doctrine des localisations cérébrales. »

C'est, en effet, en reproduisant certains principes établis par le professeur de Strasbourg lui-même et en relatant les résultats de ses expériences que M. Soury parvient à mettre ce physiologiste en contradiction avec lui-même. Ainsi, Goltz proclame l'homogénéité fonctionnelle du cerveau, et c'est lui qui le premier a fait voir, qu'après une lésion du lobe occipital, l'œil du côté opposé est frappé de cécité. C'est également lui qui a écrit que « les troubles de la sensibilité générale sont, dans la règle, liés aux lésions destructives des lobes antérieurs, comme les troubles sensoriels le sont à celles des lobes occipitaux ». — Il est certain que, quand on émet de pareils principes, on admet les localisations cérébrales, quoi qu'on en dise.

M. Soury fait aussi à Goltz ce reproche, qu'on lui a fait du reste souvent, d'avoir suivi un procédé expérimental très défectueux et qui ne lui permettait pas de se rendre sérieusement compte des parties du cerveau qu'il détruisait (procédé de destruction par des injections liquides faites par des ouvertures pratiquées au crâne). Il résulte de ce *modus faciendi* que Goltz a parfois laissé intactes des portions de l'écorce grise de la région temporo-occipitale, par exemple, alors qu'il détruisait les régions sous-jacentes jusqu'aux ganglions de la base qui eux-mêmes se trouvaient intéressés en partie. — Les

(1) C'est Goltz qui a établi la différences entre les phénomènes permanents de déficit et les phénomènes transitoires d'arrêt ou d'inhibition.

chiens qui survivaient à ces mutilations étaient simplement en démence.

On connaît M. Soury, il est donc inutile que je mentionne les qualités littéraires de son travail ; mais je ne saurais trop dire combien il y a d'érudition dans cette étude. Il est remarquable qu'un savant, qui ne s'occupe pas spécialement de physiologie, sache aussi bien la partie technique de la physiologie cérébrale.

On pourra cependant trouver que M. Soury, psychologue et non médecin, accorde une valeur exagérée aux preuves tirées de l'expérience sur les animaux. Ce n'est, en effet, que quand les résultats obtenus chez les animaux sont sanctionnés par la clinique et l'anatomie pathologique qu'on peut conclure de l'animal à l'homme.

Il y a certaines données de physiologie cérébrale établies, et par les vivisections, et par la clinique, et par l'examen nécropsique. Ces données, tout le monde, ou à peu près, les admet aujourd'hui. On est d'accord, par exemple, sur le rôle de la circonvolution de Broca, sur l'excitabilité des circonvolutions ascendantes et du lobe paracentral ; on sait que les lobes postérieurs renferment les centres des perceptions et des élaborations sensorielles ; on a même pu limiter quelques-uns de ces centres assez exactement, etc... Mais ce sont là des faits bruts. Du moment qu'on cherche à les expliquer, c'est-à-dire à faire des théories sur le fonctionnement de ces centres, tout devient obscur, et les meilleurs esprits cessent de s'entendre.

M. Soury est donc peut-être trop absolu parfois, car il ne se contente pas toujours d'exposer et de critiquer les idées de Goltz ; la lecture attentive de son travail fait bien voir qu'il a, sur ces obscures questions de physiologie, des opinions très arrêtées.

En revanche, les dernières parties de ses leçons, celles où il combat, non sans ironie, les tendances que manifestent les adversaires des localisations à admettre des sièges particuliers pour des entités métaphysiques, c'est-à-dire imaginaires, sont rigoureusement scientifiques.

Il est à souhaiter que M. Soury continue la série des études critiques qu'il a inaugurée par l'examen des doctrines de Goltz. Personne mieux que lui n'est capable de remplir une tâche, à la fois aussi utile et aussi difficile.

L. CAMUSET.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du méthylal ; par A. Mairat et Combemale. Broch. in-8° de 32 pages. Montpellier, 1887. Typographie Ch. Boehm.

— Verslag over den Staat der Gestichten voor Krankzinnigen in de jaren 1875, 1876 et 1877 an den Minister van Staat (Rapport sur le service des aliénés pendant les années 1875, 1876 et 1877, adressée au Ministre de l'Intérieur de la Hollande) ; par les inspecteurs généraux du service Ramaer et van Cappelle. 1 vol. in-4°, cart. de 250 pages. Sgravenhage, 1887.

— La contagion du meurtre. Étude d'anthropologie criminelle ; par le D^r Paul Aubry, lauréat de l'Académie de médecine, ancien externe des hôpitaux, etc. Broch. in-8° de 184 pages. Paris, 1888. Félix Alean, édit.

— Du rôle du rêve dans l'évolution du délire ; par le D^r Philippe Chaslin, ancien interne des hôpitaux. Broch. in-8° de 61 pages. Paris 1887. Asselin et Houzeau, édit.

— Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aertzte (Manuel de psychiatrie pour les étudiants et les médecins) ; par le D^r Emile Kraepelin, professeur à l'Université de Dorpat. 2^e édit. entièrement refondue. 1 vol. in-18° de 540 pages. Cart. à l'anglaise. Leipzig, 1887.

— Les nouvelles institutions de bienfaisance. Les dispensaires pour enfants malades. L'hospice rural ; par le D^r A. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. 1 vol in-18° avec dix plans, de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, 1888. J.-B. Baillière et fils, édit.

— Levensbeschrijving van D^r J. N. Ramaer (Notice sur la vie du D^r Ramaer) ; par le D^r van Andel. Broch. in-8° de 8 pages. Extrait du *Ned Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1887, 2^e fasc.

— Étude médico-légale sur l'alcoolisme. Des conditions de responsabilité au point de vue pénal chez les alcoolisés ; par le D^r Victor Vétault. 1 vol. in-8° de 238 pages. Paris, 1887. J.-B. Baillière, édit.

— La Psychologie physiologique ; par G. Sergi, professeur d'anthropologie à l'Université de Rome. Traduit de l'italien par M. Mouton, professeur de philosophie au collège d'Armentières. 1 vol. in-8° (452 pages) de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, 1888. Félix Alean, édit.

— De l'épilepsie Jacksonienne. Mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, revu et considérablement augmenté ; par le D^r E. Rolland, médecin des asiles de « John Bost », de Laforce (Dordogne), précédé d'une

Notices sur les asiles de « John Bost », par le D^r Eug. Monod, membre du Conseil d'administration des Asiles, et d'une Introduction, par le D^r X. Arnozan, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux. 1 vol. in-8° de 192 pages, avec 22 figures dans le texte et 2 planches lithographiées. Paris 1888. Aux bureaux du *Progrès médical* et chez Ad. Delahaye et Leerosnier, édit.

— Histoire de la philosophie en France au XIX^e siècle; par M. Ferraz, professeur honoraire de la Faculté de Lyon. Tome III. Spiritualisme et libéralisme. 1 vol. in-8° de 469 pages. Paris, 1887. Perrin et C^{ie}, libraires-éditeurs.

— Notice sur la vie de M. le D^r Ach. Foville et discours prononcés sur sa tombe. Broch. in-8° de 20 pages. Extraits des *Annales médico-psychologiques*. Paris, 1887. Imprimerie G. Rougier et C^{ie}.

— De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. Contribution à l'étude des dégénérescences dans l'espèce humaine; par le D^r Alce Sollier, née Mathieu-Dubois, ancien externe des hôpitaux. 1 vol de 180 pages, avec 32 gravures dans le texte. Paris, 1887. Publication du *Progrès médical*.

— Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer; par le D^r Ch. Vibert, expert près le tribunal de la Seine, etc. 1 vol. in-8° de 118 pages. Paris, 1888. J.-B. Baillière, édit.

— A. Dechambre, sa vie, ses œuvres; par L. Lereboullet. Broch. in-8° de 58 pages, avec portrait. Paris, 1887. G. Masson; édit.

— La folie érotique; par le professeur B. Ball, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 (157 pages) de la *Petite Bibliothèque médicale*. Paris 1888. J.-B. Baillière, édit.

— Histoire complète de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne depuis son origine; par le D^r Henry Bonnet, directeur-médecin en chef de l'établissement, et Marie Bernard, secrétaire de la direction. Tome premier. 1 vol. in-8° de 223 pages. Châlons-sur-Marne, 1888. Librairie Le Roy.

— Le Monde des rêves. Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le raga, le cerveau et le rêve; par P. Max Simon, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Bron, 2^{me} édition. 1 vol. in-16 (325 pages) de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Paris, 1888. J.-B. Baillière, édit.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert (Isère). Notice historique et compte rendu de vingt années d'administration; par J. Pinot, directeur. Broch. in-8° de 85 pages, avec le plan de l'asile. Grenoble, 1887. Imprimerie F. Allier, père et fils.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Décret du 14 avril 1888* : Il est institué, auprès du ministère de l'intérieur, un Conseil supérieur de l'assistance publique, chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance. Le Conseil supérieur comprend des membres de droit, désignés à raison de leurs fonctions, et des membres nommés par décret. Au nombre de ces derniers se trouvent : MM. les D^{rs} BOURNEVILLE, médecin de Bièstre, député de la Seine; MAGNAN, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne; THÉOPHILE ROUSSEL, sénateur et THULIÉ, ancien interne de la Maison de Charenton, ancien président du Conseil municipal de Paris.

— M. le D^r DROUINEAU, de la Rochelle, est nommé inspecteur général des établissements de bienfaisance, en remplacement de M. le D^r Foville, décédé.

— *Arrêté du 5 janvier 1888* : M. le D^r BOUDRIK, directeur médecin en chef de l'asile de Bassens (Savoie), et M. DENIZET, directeur de l'asile de Cadillac, sont promus à la 3^e classe de leur grade (5.000 fr.) pour prendre rang à partir du 1^{er} mars;

MM. les D^{rs} GUILLEMIN, médecin adjoint de l'asile de Dôle, et PARIS, médecin adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (4.000 fr.) pour prendre rang à partir du 1^{er} février.

— *Arrêté du 1^{er} mars 1888* : Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Bailleul (Nord) sont réunies.

Il est créé à cet asile un second poste de médecin adjoint.

— *Arrêté du 16 mars 1888* : M. le D^r CORTYL, directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul, est nommé directeur médecin en chef du même asile et maintenu dans la classe exceptionnelle (8.000 fr.);

M. LE D^r MALFILATRE, ancien interne des asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile de Bailleul (poste créé), et placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 9 mars 1888* : M. le D^r NICOLAU, in-

terne de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Yon (Seine-Inférieure), en remplacement de M. Martinenq, précédemment promu médecin en chef, et est placé dans la 2^e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 29 mars 1888* : Sont promus pour prendre rang à partir du 1^{er} janvier 1888 :

À la 1^{re} classe de son grade (7,000 fr.), M. le D^r TAULE, directeur de l'asile Sainte-Anne ;

À la 2^e classe de son grade (6,000 fr.), M. le D^r BRIAND, médecin en chef de l'asile de Villejuif.

Est promu, pour prendre rang à partir du 1^{er} mars, à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.), M. le D^r CHAM-BARD, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard.

— *Arrêté du 12 avril 1888* : M. le D^r RAMADIER, médecin-adjoint de l'asile de Lafond (Charente-Inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile de Vaucluse, en remplacement du D^r Rey, précédemment promu médecin en chef, et maintenu dans la 1^{re} classe de son grade (3,000 fr.).

NÉCROLOGIE.

D^r HIPPOLYTE BROCHIN. — Un nouveau deuil, et des plus pénibles, vient de frapper la Société médico-psychologique : le D^r Hippolyte Brochin, un de ses membres fondateurs, son président pour l'année 1868, et membre honoraire depuis 1885, est mort le dimanche 25 mars 1888, frappé d'apoplexie, dans sa quatre-vingtième année.

Le doyen du journalisme médical était né à Carcassonne, le 13 octobre 1808. Il commença ses études médicales à Montpellier, et se trouvait interne à Marseille, en 1835, lorsque le choléra éclata dans cette ville. Il se fit remarquer pendant la terrible épidémie par son zèle et son dévouement ; et sa belle conduite lui valut une médaille d'or décernée par le conseil municipal, une du ministre du commerce, et l'exemption des frais d'examen accordée par le ministre de l'instruction publique. En 1837, il soutenait sa thèse de doctorat à Paris, et entra aussitôt dans la *Gazette médicale de Paris*, où il fit ses premières armes de journaliste sous la direction de Jules Guérin et à côté de Peisse et de Dechambre. Après avoir collaboré successivement à l'*Examineur médical*, à l'*Esculape*, à la *Revue médicale*, il devint, à la mort du D^r Hip. Fabre, fondateur de la *Gazette des hôpitaux*, rédacteur en chef de ce journal. Pendant près de trente-cinq ans, il a présidé aux destinées de ce journal, qui, sous sa direction savante et éclairée, était considéré comme un des meilleurs recueils de médecine. Nous

ne saurions oublier la savante collaboration de Brochin au *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, auquel il a fourni une quantité innombrable d'articles de pathologie générale et spéciale, de philosophie médicale, etc. Tous ces travaux se font remarquer par une érudition étendue, une scrupuleuse exactitude, un style clair et précis, enfin par toutes ces qualités d'écrivain honnête et consciencieux que tout le monde se plaît à accorder à notre regretté collègue.

« Mais, si Brochin était l'écrivain distingué, le médecin prudent, le philosophe profond; s'il déployait les qualités les plus éminentes du journalisme, il y avait, chez lui, une note qui dominait toutes les autres, c'était la bonté. Le seuil de sa maison était doux aux débutants; son accès toujours bienveillant. Dans son travail, il visait surtout le point utile à la science; sans s'arrêter à la forme, il reprenait l'idée, la paraît, la présentait sous son jour le plus favorable, et, bien souvent, l'auteur de la communication lisait, avec surprise, une note élégamment écrite, à la place du travail informe, que les exigences de la vie médicale ne lui avait pas donné le temps de polir. » (D^r Le Sourd, in *Gazette des hôpitaux*, n° du 27 mars 1888.)

Les obsèques de notre regretté collègue ont eu lieu le mercredi 28 mars 1888, en l'église Saint-Etienne-du-Mont, au milieu d'un concours considérable d'amis, de confrères, de médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris, et des membres de la presse médicale, qui avaient tenu à lui rendre un dernier hommage.

Selon sa volonté expresse, — chacun reconnaîtra là encore son extrême modestie, — les honneurs militaires ne lui ont pas été rendus et aucun discours n'a été prononcé sur sa tombe.

D^r BERNARD. — La Société médico-psychologique vient de perdre un de ses membres correspondants les plus distingués. Le D^r Bernard (Antoine D.) vient de mourir à Marseille, âgé d'un peu plus de trente ans. Ancien interne des hôpitaux de Paris, notre regretté collègue a été élève du professeur Charcot, dont il a recueilli plusieurs leçons, publiées dans le *Progrès médical*. La thèse de doctorat qu'il soutint en 1885, a pour titre : *De l'Aphasie et de ses diverses formes*. C'est un travail des plus remarquables et qui fait grand honneur à l'école de la Salpêtrière. Il valut à son auteur le premier prix Moreau (de Tours), décerné en 1885. La même année, le D^r Bernard fut nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Collaborateur assidu du *Progrès médical* et des *Archives de neurologie*, nous relevons parmi les travaux qu'il publia dans ces deux recueils, les suivants : *Des Troubles nerveux observés*

chez les diabétiques (en collaboration avec M. Ch. Féré); *Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets*; etc.

D^r BITOT père. — Le D^r Bitot père vient de mourir à Bordeaux à l'âge de soixante-six ans. Chirurgien honoraire des hôpitaux et professeur honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux, où il enseigna l'anatomie, ce savant confrère a laissé, outre de nombreux travaux sur différents points de chirurgie, des mémoires très estimés sur l'anatomie du système nerveux, dont voici les plus récents : *Essai de Topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique*, Paris 1878; *La Capsule interne et la couronne rayonnante d'après la cérébrotomie méthodique*, in *Archives de neurologie*, t. I, 1880-1881 et t. II, 1881; *Du Siège et de la Direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole*, in *Archives de neurologie*, 1884.

— Nous avons encore le regret d'annoncer la mort du D^r BELLET, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche), reçu docteur en médecine en 1850.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 6 mars 1888, a reçu communication de la liste des travaux envoyés pour les concours des prix qui doivent être décernés à la fin de cette année; elle a nommé en outre les diverses commissions chargées d'examiner ces travaux. Voici les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse :

PRIX BARBIER. — Mémoire n° 2. Traitement de l'épilepsie par le bromure d'or, par le D^r Emile Goubert, de Paris.

Commission : MM. Leblanc, Luys et François Franck.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des hallucinations de l'ouïe*.

N° 1. Devise : « L'homme en tout ce qu'il fait hésite et se trompe, il n'arrive au vrai que par des erreurs corrigées. »

Commission : MM. Potain, Peter et Blanche.

PRIX FALRET. — *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale*.

N° 1. Epigraphe : « La syphilis est une affection de jeunesse, la paralysie générale frappe surtout l'âge mûr, et l'on n'est pas toujours pris immédiatement après avoir péché. »

N° 2. Epigraphe : « On meurt rarement, pour ne pas dire jamais, de la syphilis cérébrale par le fait de lésions syphilitiques proprement dites, exclusivement syphilitiques, tandis qu'on meurt habituellement presque toujours par le fait de lésions vulgaires consécutives à des lésions spécifiques et symptomatiques de ces dernières. » (Fournier.)

N° 3. Epigraphe : « Pour distinguer, rapprochez au préalable ; la connaissance des rapports entraîne celle des différences. »

N° 4. Epigraphe : « *Mens sana in corpore sano.* »

N° 5. Epigraphe : « *Ars medica tota in observationibus.* »

Commission : MM. Hardy, Lancereaux et Mesnet.

Prix ERNEST GODARD. — Au meilleur travail sur la pathologie interne. Dix-sept mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 1. Contribution à l'étude de la paralysie spinale aiguë de l'adulte, par M. le professeur de Carvalho, de Rio-de-Janeiro.

N° 3. Essai sur le tabes moteur, par M. Tacussel, de Chablis, (Yonne)

N° 9. La raison dans la folie, par le D^r V. Parant, de Toulouse.

N° 10. Histoire complète de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne depuis son origine, par le D^r H. Bonnet et M. Bernard.

N° 11. Des troubles fonctionnels et des affections organiques du cœur chez le soldat. L'hystérie dans l'armée. — Diagnostic de la faiblesse de constitution. — Sur un cas d'aphonie, etc., par M. Duponchel, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

N° 13. Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique, par le D^r Florand, de Paris.

N° 15. Du morphinisme. Etudes cliniques et médico-légales, par le D^r Pichon, de Paris.

Commission : MM. Laboulbène, Cornil et Ball.

Prix ITARD. — Prix triennal accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Huit mémoires sont inscrits parmi lesquels nous trouvons :

N° 1. Rapport administratif, moral et médical de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, par le D^r H. Bonnet.

N° 4. Traité de l'angine de poitrine, par le D^r Gélinau, de Paris.

N° 7. Histoire complète de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, par MM. Bonnet et Bernard.

Commission : MM. Villemin, Tarnier et Empis.

Prix MONBINNE. — N° 5. Quelques notes d'anthropologie criminelle prises en Corse, par le D^r Bournet, d'Amplepuis (Rhône).

Commission : MM. Brouardel, Besnier et Cusco.

PROCÈS EN VIOLATION DU SECRÉT PROFESSIONNEL. —
CONDAMNATION D'UN MÉDECIN ALIÉNISTE.

Le tribunal civil de Dôle vient de juger une affaire qui a eu un certain retentissement dans le Jura. Voici en quelques mots, le résumé des faits :

Le docteur R... tient à Dôle une maison de santé. Il a eu comme pensionnaire, du 31 mai au 6 juin 1887, une dame X... qui parvint à s'évader après dix jours de traitement.

Après son évasion, M^{me} X... fut soumise à l'examen de trois spécialistes, conformément à une ordonnance du tribunal de Dôle. Ces trois médecins déclarèrent, dans leur rapport, que M^{me} X... ne devait pas être réintégrée dans la maison de santé du docteur R..., son état ne présentant aucun danger pour la société.

Le docteur R... fit alors paraître une brochure intitulée : *Observations sur la manie raisonnée*, dans laquelle M^{me} X... était suffisamment désignée pour que le parquet poursuivît d'office l'auteur pour violation du secret professionnel. C'est dans ces conditions que l'affaire est venue devant le tribunal de Dôle. M. Billot, procureur de la République, a requis une condamnation.

M. Rougé, du barreau de Dijon, soutenait les intérêts de M^{me} X..., qui s'était portée partie civile.

Le docteur R..., qui, dit-on, s'était tout d'abord adressé à M. Thévenet, député du Rhône, était défendu par M. Harent du barreau de Lyon.

Le tribunal, reconnaissant le docteur R... coupable du délit de violation du secret professionnel, l'a condamné à 200 francs d'amende et 2,000 francs de dommages-intérêts.

L'APROSEXIE.

On lit dans la revue scientifique du *Journal des Débats* (n° du jeudi 2 février 1888) :

« Tout le monde n'est pas tenu de savoir ce que c'est que l'*aprosexie*. L'*aprosexie* est un mot récent introduit dans le langage scientifique par M. Guye, d'Amsterdam, et qui signifie tout simplement défaut d'attention. Inutile d'ajouter que, si le mot est neuf, la chose est vieille. Il y a des gens et beaucoup qui sont *aprosexiques* sans le savoir. On leur demande comment ils se portent et ils vous répondent une minute plus tard : « Oui, j'attends ma femme. » Il en est, et ce sont surtout ceux-là que M. Guye appelle de ce nom tout neuf, qui ne peuvent, malgré leurs efforts, concentrer une minute leur attention sur le même objet. Chez ceux-là il

convient, paraît-il, de se préoccuper du nez. C'est le nez qui est coupable et qui les rend aprosexiques. On s'occupe beaucoup du nez en ce moment; on l'accusait dernièrement, et c'est vrai quelquefois, de jouer un rôle dans l'asthme et dans certaines dyspnées. Toute obstruction du nez amène souvent des accidents physiologiques, et elle aurait aussi des conséquences psychologiques, si réellement il existe une corrélation entre le nez et le défaut d'attention, comme l'affirme M. Guye. Le savant d'Amsterdam cite, à l'appui de son opinion, quelques exemples : un tout jeune garçon respirait très difficilement par le nez et, en même temps, il était hors d'état d'apprendre quoi que ce fût. M. Guye lui extirpa de grosses tumeurs adénoïdes des fosses nasales : plus d'aprosexie. Par enchantement, l'enfant apprend son alphabet en huit jours; avant, il n'avait pu retenir que les trois premières lettres. Un homme de vingt ans, qui, depuis huit ans, avait des vertiges dès qu'il travaillait et des bourdonnements d'oreilles, fut opéré de la même façon. Il travaille maintenant sans difficulté. Un étudiant avait aussi le nez obstrué et ne pouvait rester à la besogne une heure de suite. Extirpation de la tumeur, guérison. On pourrait évidemment dire qu'il est difficile de prêter quelque attention à quoi que ce soit quand on est sans cesse pris par le nez et préoccupé par le nez. Chacun porte sa pensée où il peut. Il n'y aurait là rien de psychologique, tout bien considéré. Mais l'explication serait insuffisante, car il paraît qu'il se présente des cas d'aprosexie limitée. Ainsi tel sujet est attentif à tout ce qui se passe autour de lui, mais son attention s'en va quand on lui parle géographie. Tel autre oublie tout, sauf la géométrie. On pourrait encore répondre que chacun a ses préférences. Maintenant, il convient d'ajouter que, le nez mis en bon état, les préférences disparaissent, et la géographie et la géométrie sont traitées par le patient sur un point d'égalité complet avec les autres connaissances humaines. Ce qui permet de conclure que l'aprosexie est réellement d'ordre psychologique et due à des troubles de circulation qui empêchent sans doute le sang d'affluer dans les régions du cerveau où sont localisées les facultés spéciales de l'individu. En tout cas, on est prévenu : si l'attention s'en va, songez au nez ! »

HENRI DE PARVILLE.

FAITS DIVERS.

Autriche. — On lit dans l'*Union médicale*, numéro du mardi 27 mars 1888 :

« Un projet de loi pour combattre et restreindre l'extension de la pellagre a été déposé, le 23 février 1888, à la Chambre

des députés de Vienne. Il résulte de ce document que la maladie est sérieuse. Elle se termine par la mort onze fois sur cent. Les suites en sont graves ; la folie n'est pas rare, l'incapacité de travail est fréquente. C'est le maïs avarié qui est inermé. Les principales mesures proposées sont les suivantes : 1° Veiller à l'alimentation des classes pauvres (proscrire les maïs avariés, introduire et favoriser d'autres cultures, etc.) ; 2° Pourvoir d'une meilleure alimentation les malades qui, déjà incapables de travailler, n'en sont encore qu'aux premières périodes de la maladie ; 3° envoyer les malades plus fortement atteints dans les hôpitaux, et les incurables dans des asiles, etc.

« Le projet de loi va bientôt entrer en discussion ; le crédit demandé s'élève à 50,000 florins. »

Allemagne. — M. Westphal et quelques autres professeurs de la Faculté de médecine de Berlin ont adressé à M. de Bismarck une pétition demandant l'introduction de l'étude des maladies mentales dans le programme de l'examen d'état pour le droit d'exercer la médecine.

Etats-Unis. — On lit dans le *Bulletin médical* (numéro du 8 avril 1888) :

« On s'occupe beaucoup actuellement de la question des aliénés aux Etats-Unis. Un bill, élaboré par M. Dwight, vient d'être présenté au Parlement ; il y est demandé qu'on construise de nombreux asiles pour les aliénés dans chaque district de la province de New-York. Chaque hôpital devra recevoir les aliénés de son district et moyennant une livre et demie (37 fr. 50) pour chaque malade, fournir les vêtements et la nourriture. »

L'aliénation mentale chez les nègres. — Dans son rapport annuel au gouvernement des Etats-Unis, le Dr Bryce constate que la folie a été en augmentant chez les nègres depuis leur émancipation. En 1850, la statistique générale de tous les aliénés ne comprenait que 638 nègres. En 1860, leur nombre était de 766, c'est-à-dire un pour 5,799, comparativement au chiffre total de la population de couleur. En 1870, la proportion est de un pour 2,696 et, en 1880, l'on trouve un aliéné pour 1,096. Si cette augmentation continue, on peut s'attendre à avoir en 1890 la même proportion d'aliénés pour les blancs et les noirs, qui est en moyenne d'un pour 500 habitants. (*Boston medical and surgical Journal.*)

Un aliéné persécuteur. — On écrit de Washington, le 10 février 1888 :

« On vient d'arrêter à Washington un juif polonais du nom de Abraham Isaacs, qui s'était introduit à la Maison-Blanche sous le prétexte de demander 4,000 dollars au Président Cle-

veland, et qui a été trouvé porteur, au moment de son arrestation, d'un revolver chargé. Selon toute apparence, Isaacs est un fou dangereux, dont la véritable place est dans un asile d'aliénés. Quand les agents de police lui ont mis la main au collet, il était en proie à une vive surexcitation, et s'est écrié à plusieurs reprises : « Je veux le tuer. » Au poste, où on l'a conduit, il a déclaré qu'il était âgé de quarante-neuf ans et qu'il avait habité pendant plusieurs années Santa-Fé (Nouveau-Mexique).

Venu il y a trois ans à Washington, Isaacs prétend que depuis lors il aurait vainement essayé de se faire rendre justice. D'après lui, tous les employés du gouvernement, depuis le plus petit commis jusqu'au plus haut fonctionnaire, sans en excepter le Président, sont des voleurs et des escrocs qui l'ont dépouillé de milliers de dollars ; aujourd'hui, il veut rentrer dans son argent, et c'est pour cela qu'il s'était rendu à la Maison-Blanche, bien résolu à tirer un coup de revolver sur M. Cleveland, si celui-ci ne faisait pas droit immédiatement à sa réclamation.

Plusieurs médecins aliénistes ont été chargés d'examiner l'état mental d'Isaacs, qui, sans la surveillance exercée à la Maison-Blanche, aurait pu être un nouveau Giteau.

(*Journal des Débats*, numéro du lundi 20 février 1888.)

ENSEIGNEMENT.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. le professeur B. BALL a repris son cours de clinique des maladies mentales, le dimanche 15 avril 1888, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le professeur TH. RIBOT a ouvert son cours de psychologie expérimentale et comparée, le lundi 9 avril 1888, à trois heures, et le continuera les lundis et jeudis suivants à la même heure. Il traitera des *états inconscients* et de l'*automatisme*.

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES ÉTUDES. — M. JULES SOURY, maître des conférences près la section des sciences historiques et philologiques, traitera, à partir du lundi 9 avril, à quatre heures et demie, des théories les plus récentes sur les *fonctions du lobe pariétal* ; les vendredis, à la même heure, il exposera les travaux de Golgi.

Pour les articles non signés : ANT. RIVI.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE VII^e VOLUME DE LA SEPTIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	Pages.
Directeurs ou directeurs-médecins? par M. le D ^r Constans. . . .	5
Projet d'un Congrès annuel des médecins aliénistes français. —	
Des rapports de l'imagination et du délire. — Passage brusque,	
à la suite d'un rêve, d'une période de la folie à double forme	
à l'autre. — Obsessions et impulsions homicides chez un en-	
fant de dix ans. — Des précautions à prendre contre les aliénés	
dangereux en liberté. — La question des asiles d'aliénés dits	
criminels à la Société de médecine mentale de Belgique. — Un	
dernier livre de M. le D ^r Foville.	177
Projet d'un Congrès annuel des médecins aliénistes français. —	
L'emprisonnement cellulaire est-il cause de folie? — La si-	
mulation de la folie et la loi sur la relégation. — L'allochi-	
rie. — De l'état des forces chez les épileptiques. — Des con-	
tractures chez les épileptiques. — De la température dans les	
accès isolés d'épilepsie. — <i>L'Enfer parisien</i> , par M. Hugues	
Le Roux.	353

II. — Pathologie.

Un cas de vésanie combinée. — Délire des persécutions et mé-	
lancolie anxieuse; par M. le D ^r Séglas.	21
Traumatisme, épilepsie et paralysie générale; par M. Terrien . .	40
Analogie des symptômes de la paralysie pellagreuse et de la pa-	
ralysie générale. — Diagnostic différentiel; par M. le D ^r Bail-	
larger.	194
Traitement de la lypémanie anxieuse; par MM. les D ^{rs} Belle et	
Lemoine.	215
Contribution à l'étude de l'hystérie alcoolique; par M. le D ^r Guillemin	230
Du délire des grandeurs dans la folie des persécutions; par M. le	
D ^r A. Mairet.	368
Paralysie générale succédant à une manie existant depuis dix	
ans; par M. Terrien.	401

III. — Archives cliniques.

	Pages.
24. — Un cas d'éthéromanie; par M. le Dr Ant. Ritti.	55
25. — Mégalomanie. Mort subite par rupture du cœur; par M. le Dr Neilhon.	236
26. — Homicides et tentatives d'incendie commis avec préméditation par une maniaque héréditaire; par M. le Dr A. Dubuisson.	418

IV. — Médecine légale.

Revue de médecine légale : Cas de séquestrations prétendues arbitraires, par M. le Dr A. Giraud.	61
Consultation médico-légale sur un cas de délire de persécution. Donation faite à la ville de Beaune; par MM. les Drs Baillarger, Lunier et Foville	245

DEUXIÈME PARTIE**REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE****I. — Société médico-psychologique.**

<i>Séance du 31 octobre.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Bettencourt-Rodrigues, Soultzo, Catsaras, Rigalia, Biaute, Motet, Larroque, Delasiauve. — Mort de V. Bigot : M. Magnan. — Un cas de morphinomanie se terminant brusquement par la mort : M. Ball. — Du délire chronique (<i>suite</i>) : M. Charpentier. — Suggestion, auto-suggestion et vivacité du souvenir dans le sommeil hypnotique. Action des médicaments à distance. Suppression momentanée des attaques hystéro-épileptiques et des vomissements nerveux : MM. Jules Voisin, Larroque.	80
<i>Séance du 27 novembre 1887.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Topinard, Iarchi, Brunetti. — Rapport de M. Falret sur la candidature de M. Soutzo : élection. — Histoire d'un aliéné réformateur; manie des grandeurs; réformateur de la philosophie et de la religion; idées érotiques; délire de persécution : M. Iarchi. — De la période prédélirante de la paralysie générale : MM. Christian, Paul Garnier, Gilbert Ballet, Ch. Féré, Falret. — Hallucinations auditives à la suite des troubles de l'ouïe : MM. Gilbert Ballet, Ball, Ch. Féré.	117
<i>Séance du 26 décembre 1887.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : M. Soutzo. — Mort de M. Achille Foville : MM. Magnan, Ritti. — Election du bureau de 1888 : — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Quinemant : élection. — Note sur l'évolution anatomo-pathologique de l'hématome de l'oreille : MM. Mabillet, Motet. — Du délire chronique (<i>suite</i>) : MM. Saury, Camuset, Dautreberte, Falret, Charpentier, Garnier, Ballet, Magnan.	270

<i>Séance du 30 janvier 1888.</i> — Installation du bureau : MM. Magnan, Cotard. — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Quinémant, Vallon, Pottier, Lemoine, Ed. Corty, Biaute, Ladame, Rolland. — Mort de MM. Hildenbrand et Ramaer. — Nomination de la commission des finances. — Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1888. — Nomination des commissions de prix. — Observation de somnambulisme hystérique avec dédoublement de la personnalité, guéri par la suggestion hypnotique : MM. Ladame (de Genève). — Du délire chronique (<i>suite</i>) : M. Ségas.	530
<i>Séance du 27 février 1888.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Marandon de Montyel, Jules Morel, Dufestol, Paul Garnier. — Rapport de la commission des finances : M. Mitivié. — Rapport de M. Briand sur la candidature de M. Vallon : élection. — Rapport de M. Chaslin sur la candidature de M. Pottier : élection. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Lemoine : élection. — Mutisme et paralysies hystériques ayant fait croire à une hémiplegie avec aphasie ; guérison par l'hypnotisme : M. Uréchia (de Bucharest). — Observation de glycosurie au début de la paralysie générale : MM. Rouillard, Ch. Féré, Briand, Charpentier. — Sur l'origine de quelques idées délirantes dans la paralysie générale : M. Klein. — Du délire chronique : MM. Magnan, Ségas, Féré, Falret, Charpentier.	424
<i>Séance du 26 mars 1888.</i> — Correspondance et présentations d'ouvrages : MM. Pottier, Vallon, Lemoine, Vétault, V. Parant, Culterre, Mordret, Astucaro. — Rapport de M. Saury sur la candidature de M. Marandon de Montyel : élection. — Du délire d'énormité : MM. Cotard, Falret. — Du délire chronique : MM. Magnan, Christian, Ritti, Falret, Cotard, Paul Garnier.	463

II. — Revue des journaux de médecine.

JOURNAUX FRANÇAIS (1885-1886).

Anal. par M. le Dr E. RÉGIS.

Criminalité à Naples.	488
Hémiataxie locomotrice progressive d'origine professionnelle.	488
Précurseur lyonnais de la médication par suggestion.	488
Syphilis, ataxie, cardiopathie.	489
De l'exportation mentale.	490
L'énervement.	490
Surdité verbale, aphémie, hémianesthésie corticale.	490
Sur l'extirpation du goitre.	490
Action thermique de l'eau froide ou applications hydrothérapiques.	491
Troubles nerveux chez les arthritiques.	491
Antipyrine comme médicament nervein.	491
Aphasie et hémiplegie droite à la suite de plaie pénétrante du crâne.	492
Tumeur du plexus choroïde du quatrième ventricule.	492

	Pages.
Trépanation du crâne dans les lésions traumatiques.	492
Action physiologique et thérapeutique de l'hypnone.	493
Action physiologique et thérapeutique de l'uréthane.	493
Action physiologique du chloraluréthane.	494
Rapport médico-légal sur un alcoolique chronique.	494
Epilepsie à forme spéciale guérie par le chloroforme.	494
Névrome du sciatique poplité externe guéri par l'ablation de la tumeur.	495
Emploi continu de l'eau par une calotte tubuleuse dans certaines maladies de l'encéphale.	495
Méningite tuberculeuse de la convexité avec suspension presque complète des fonctions cérébrales.	495

JOURNAUX ALLEMANDS (1884-1886).

(Anal. par MM. les Drs HILDENBRAND et AL. ADAM.)

Compréhension physiologique de la conscience.	496
Sur les obsessions d'idées.	497
Contribution à l'étude de la démence paralytique.	498
Quelques mots sur les asiles d'aliénés.	500
Idiotisme et état sauvage.	501
Les idiots en Norvège. Etablissement de Lindern à Christiania. .	501
Assistance des épileptiques et des idiots dans le Grand-duché de Bade.	502
Etablissement pour les épileptiques sur le Rütli, près Zurich. .	503
Causes de la disparition du crétinisme.	503

JOURNAUX AMÉRICAINS (1883).

(Anal. par M. le Dr ALBERT CARRIER.)

Sclérose descendante secondaire bilatérale.	143
Histoire d'un mangeur d'opium, racontée par lui-même, pendant qu'il en perdait l'habitude	144
De l'assistance à donner aux ivrognes chroniques et aux aliénés buveurs.	144
Syphilis cérébrale.	145
Cas de perversion sexuelle.	146
Phénomènes cliniques et thérapeutique du delirium tremens. .	146
Des maladies de la vieillesse.	148
De la neuratrophie comme cause de l'ivrognerie.	148

III. — Bibliographie.

Traité élémentaire d'anatomie médicale du système nerveux, par M. le Dr Ch. Féré (Anal. par M. le Dr Ant. Ritti).	150
Etude de psycho-pathologie, par M. le Dr Samuel Gâche (Anal. par M. le Dr Ph. Rey)	153
Du délire chez les dégénérés, par M. le Dr Legrain (Anal. par M. le Dr Aug. Planès).	153

	Pages.
Le corps et l'esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique; par le Dr Hack-Tuke. Traduit de l'anglais par le Dr V. Parant, avec une introduction par le Dr Ach. Foville. (Anal. par M. le Dr J. Christian).	505
Mind-cure on a material basis; par M ^{me} Sarah-Elisabeth Titcomb (Anal. par M. le Dr Marandon de Montyel).	508
Les fonctions du cerveau. Doctrines de F. Goltz, par Jules Soury. (Anal. par M. le Dr L. Camuset).	510
Bulletin bibliographique.	455 et 513

IV. — Variétés.

Nominations et promotions : MM. Pinot, Dufour, Dumaz, Bellat. — Prix proposés par la Société médico-psychologique pour 1889. — Prix de l'Académie de médecine. — Enseignement : MM. Magnan, Th. Ribot, J. Soury.	457
Mort du Dr Achille Foville. — Notice nécrologique, par M. le Dr Ant. Ritti. — Discours prononcés sur sa tombe : MM. Napias, Riant. Ritti et Bouchereau	160
Nominations et promotions : M ^{lle} Nicolle, MM. Roussel, Aubry, Bécoulet, Petrucci, Mirepoix, Llanta, Paté, Donnet, Marandon de Montyel, Camuset, Reverchon, Belle, Martineng, Pons, Febvre, Rey, Ribot. — Nécrologie : Eug. Dally, Hildenbrand, Ramaer. — Visite de M. le Président de la République à l'hospice de la Salpêtrière. — Circulaire du ministre de l'intérieur sur la transmission des plaintes et récriminations des aliénés. — Recrutement des médecins adjoints des asiles par le concours. — Faits divers. — Prix de la Société de tempérance. — Enseignement : MM. Aug. Voisin, Henry Coutagne.	343
Nominations et promotions : MM. Bourneville, Magnan, Théophile Roussel, Thulié, Drouineau, Boudrie, Denizet, Guillemin, Paris, Cortyl, Malfilâtre, Nicoulau, Taule, Briand, Chambar, Ramadier. — Nécrologie : Hippolyte Brochin, D. Bernard, Bilot père, Bellet. — Prix de l'Académie de médecine. — Procès en violation du secret professionnel. Condamnation d'un médecin aliéniste. — L'aprosopie. — Faits divers. — Enseignement : MM. B. Bail. — Th. Ribot, J. Soury	515
Table des matières du septième volume de la VII ^e série.	524